



Anna-Tuulia Hailuoto

TOIMENPIDETTÄ EDELTÄVÄ OHJE OULUN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUTIEN LEIKO-POTILAILLE

**TOIMENPIDETTÄ EDELTÄVÄ OHJE OULUN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN
KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUTIEN LEIKO-POTILAILLE**

Anna-Tuulia Hailuoto
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Anna-Tuulia Hailuoto

Opinnäytetyön nimi: Toimenpidettä edeltävä ohje Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-potilaille

Työn ohjaajat: Markus Karttunen & Anitta Koistinen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013

Sivumäärä: 45 + 1 liitesivu

Leikkaukseen kotoa (leiko) sisääntulomallissa elektiivisesti toimenpiteeseen saapuvat, postoperatiivista osastohoitoa vaativat potilaat tulevat sairaalaan vasta toimenpidepäivän aamuna. Leiko-sisääntulomalli kehitettiin lyhentämään leikkausjonoja. Merkittävää leiko-sisääntulomallissa on se, että kaiken ikäiset sekä vointiset potilaat voivat hyvällä toimenpidettä edeltävällä yleistilan kartoituksella saapua leiko-toimintamallin kautta toimenpiteeseen. Leiko-toimintamalli on todettu kannattavaksi, sillä se säästää sairaalan kustannuksia, alentaa infektioiden määriä sairaaloissa sekä potilaat ovat kokeneet mielekkääksi saadessaan viettää kotonaan toimenpidettä edeltävän yön.

Sain projektin Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) pää- ja kaulan alueen sairauksien korva-, nenä- ja kurkkutautien yksiköltä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistaa kokonaan uusi ohje, jonka tavoitteena oli, että leiko-potilaat sekä heidän omaiset ymmärtävät mitä leikkaukseen kotoa -käsite pitää sisällään. Leiko-sisääntulomalliin perehdytetyt sairaanhoitajat voivat hyödyntää ohjetta potilaiden ohjaamisessa. Ohjeen tavoitteena oli, että leiko-potilaat saavat ohjeesta tarvitsemansa tiedot, jotka motivoivat heitä valmistautumaan hyvin toimenpiteeseen. Kun leiko-sisääntulomallin kautta saapuvat potilaat ovat paremmin valmistautuneita, henkilökunnan ei tarvitse huolehtia potilaiden valmisteluiden tekemisestä. Tällöin hoitajilla jää aikaa muihin tehtäviin, ja heiltä vapautuu resursseja. Se säästää sairaalan kustannuksia, kun omatoimiset potilaat eivät vie vuodepaikkoja osastoilta. Lisäksi hoitajien työpanosta voidaan keskittää tarvittaviin osaluksiin

Aiempaa leiko-potilaille suunnattua ohjetta ei ollut, joten valmistin ohjeen alusta alkaen perehtyen projektityöskentelyyn, ohjeen valmistamiseen, leiko-toimintamalliin sekä leiko-potilaiden tyytyväisyyttä mittaaviin mielipidekyselyihin leiko-sisääntulomallista. Haastattelin leiko-potilaiden kanssa työskentelevää henkilökuntaa ohjeen sisällöstä ja haastattelujen pohjalta viimeistelin ohjeen.

Haastatteleman henkilökunta ja OYS:n laatuvaastaava hyväksyivät ohjeen ja se otetaan lähitulevaisuudessa käyttöön. Jatkotutkimusaiheena voisi olla, että OYS:n tehtäisiin kysely, joka mittaisi leiko-potilaiden tyytyväisyyttä OYS:n leiko-sisääntulomalliin.

Asiasanat: leikkaukseen kotoa, leiko-toimintamalli, leiko-sisääntulomalli, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, potilasohje

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Anna-Tuulia Hailuoto

Title of thesis: Preoperative Instructions for the Patients of ENT Diseases Unit at Oulu University Hospital

Supervisors: Markus Karttunen & Anitta Koistinen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013

Number of pages: 45 + 1 appendix page

From Home To Operation (FHTO) is a procedure developed in Hyvinkää Hospital. It means that patients do preoperative preparations at home before they come into hospital. The Surgeon assesses patients' condition and enters the information in the care plan. Patients arrive at the day care unit in the morning of the operation. The Registered General Nurse interviews them and makes sure that they have made the preparations according to the instructions. After the operation patients are usually sent to the recovery room first. From there the Registered General Nurse takes the patients into a ward where the care of the patients continues for a day or more.

I did my thesis for the ENT Diseases Unit of Oulu University Hospital because they did not have any preoperative instructions (FHTO) available for the patients.

The goal was to collect all the information that patients should know about FHTO. The purpose of the instructions was to help and motivate patients to prepare themselves for the operation as best as they can. If patients prepare themselves well for the operation, it will save the staff's time and eventually will be economical for the hospital.

I planned the instructions by interviewing the staff members who were included in the FHTO patient care. I also got acquainted with FHTO through the Internet, literature and research. I showed the manuscript several times to the staff members that I interviewed. When all parties were satisfied with the manuscript, the quality control inspector of Oulu University Hospital checked it.

In staff members' opinion, the instructions are important and necessary for them.

In the future research could be made to find out what the FHTO patients think of the instructions and how they benefitted from them.

Keywords: From Home To Operation, FHTO, Same day admission, ENT diseases, instructions for patient

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| TIIVISTELMÄ..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| 1 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET | 6 |
| 2 LEIKO-TOIMINTAMALLI..... | 9 |
| 2.1 Leiko-potilaan toimenpidekelpoisuuden arvioiminen..... | 10 |
| 2.2 Toimenpidettä edeltävät valmistelut | 12 |
| 2.2.1 Hygienia ja asusteet | 13 |
| 2.2.2 Lääkehoito | 14 |
| 2.2.3 Ravinnottaolo..... | 15 |
| 2.3 Leiko-potilaiden sairaalaan saapuminen sekä postoperatiivinen hoito | 16 |
| 3 PROJEKTIN SUUNNITTELU..... | 18 |
| 3.1 Projektioorganisaatio | 18 |
| 3.2 Projektin päätehtävät..... | 20 |
| 4 OHJEEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS | 24 |
| 4.1 Ohjeen laatuksiteerit | 25 |
| 4.2 Ohjeen sisällön suunnittelu ja toteutus | 28 |
| 4.3 Ohjeen viimeistely ja käyttöönotto | 31 |
| 5 PROJEKTIN ARVIOINTI..... | 33 |
| 5.1 Projektityöskentelyn arviointi | 33 |
| 5.2 Ohjeen arviointi..... | 35 |
| 5.3 Riskien hallinnan ja projektibudjetin arviointi | 36 |
| 6 POHDINTA..... | 38 |
| LÄHTEET..... | 40 |
| LIITE | 46 |

1 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET

Jo vuonna 1999 huomioitiin potilaiden odotusaikojen piteneminen. Tällöin leikkaushoitoon jonotti Suomessa 130 000 potilasta. Erikoiskirurgiaa tarvitsevien leikkauspotilaiden jonon määrä oli kasvanut vuodesta 1994 vuoteen 1998 34 %. Sen sijaan toimenpiteiden määrä kasvoi kyseisenä aikana vain 18 %. (Alanko, Korttila, Lahtinen, Nenonen, Permi & Punnonen 1999, 2050.) Julkisella sektorilla leikkausejonojen ja odotusaikojen lyhentymiseen tähtäävän toiminnan kehittämisen aloitti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva Hyvinkään sairaala elokuussa vuonna 2000 (Keränen, Tohmo & Söörinsuo 2003, 3559, 3561).

Perinteisessä sisääntulomallissa suunnitellusti (elektiivisesti) leikkaushoitoon tulevat potilaat saapuvat osastolle noin vuorokautta ennen toimenpidettä. Toimenpiteen jälkeen he palaavat takaisin samaiselle osastolle leikkauksen jälkeistä (postoperatiivista) hoitojaksoa varten. Jo sairaalaan saapuessaan potilaille on varattu vuodepaikka ja sairaanhoitaja haastattelee heidät. Potilaat saavat ruoat osastolla, jossa heidän laboratoriokokeet otetaan ja he tapaavat leikkaavan lääkärin, anestesia­lääkärin sekä fysioterapeutin. Hoitajat jakavat potilaiden lääkkeitä sekä muistuttavat heitä leikkauksesta edeltävästä hygieniasta. Kun tämä leikkauksesta edeltävä, eli preoperatiivinen vaihe siirretään omatoimisesti pärjääville potilaille kotiin, hoitajilla säästyy aikaa apua tarvitsevien potilaiden hoitoa varten. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3607.) Sekä perinteisessä että uudessa sisääntulomallissa potilaat tarvitsevat postoperatiivista vuodeosastohoitoa. Uudessa sisääntulomallissa potilaat kuitenkin saapuvat sairaalaan vasta toimenpidepäivän aamuna. Tätä toimintamallia kutsutaan leikkaukseen kotoa eli leiko-sisääntulomalliksi. (Keränen ym. 2003, 3559).

Perinteiseen sisääntulomalliin verrattuna leiko-toimintamalli on katsottu kannattavaksi, sillä sen on todettu säästävän sairaalan kuluja. Mieli­pidekyselyistä käy ilmi, että potilaat ovat kokeneet leiko-toimintamallin mielekkääksi. (Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4740; Keränen 2006, 1413; Kauppinen & Räsänen 2010, 23; Yli-Hauta 2011, 30; Lehto & Lehtonen 2012, 34; Jokelainen & Karppinen 2012, 39.) Soini, Keränen, Ryy­nänen & Keränen (2007) ovat Stakesin kirjoittamassa julkaisussaan koonneet Hyvinkään sairaalassa kerätystä materiaalista aineiston ja analysoineet ne. Aineistosta selviää, että leiko-sisääntulomallin kautta saapuneet potilaat ovat kokeneet terveydentilansa yleisesti paremmaksi ja he ovat kotiutuneet nopeampaa. Tutkimus osoitti myös

sen, että infektioiden määrät olivat alhaisempia tutkimuksen seuranta-aikana. (Soini, Keränen, Ryyänen & Keränen 2006, hakupäivä 6.1.2013.)

Leiko-toimintamallin kehittämisen aloittaminen oli tarpeellista, sillä 30.12.2010 astui terveydenhuoltolaissa voimaan uudet säädökset potilaiden hoitoon pääsystä. Terveydenhoitolain lakipykälä 52§ määrittää hoitotakuun, jonka mukaan potilaan on päästävä, kiireellisyydestä riippuen, hoitoon kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 52 §; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, hakupäivä 6.1.2013.) Hoitoaikojen lyhentymisen myötä potilaiden tarve saada täsmällistä ja hyvää ohjausta korostuu (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) leiko-toimintamalli on otettu käyttöön vuoden 2010 alkupuolelta lähtien (Ahlsén 2010, 22-23). Olen ollut opiskelujeni aikana kahteen otteeseen käytännön harjoittelussa OYS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausosastolla. Kun työskentelin kyseisellä osastolla kesällä 2012, hoidin ensimmäistä kertaa leiko-sisääntulomallin kautta saapuneita potilaita. Työkollegani kertoi, että korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-potilaille suunnatulla ohjeella voisi olla tarvetta, jonka varmisti myös PPSHP:n OYS:n operatiivisen tulosalueen pää- ja kaulan alueen sairauksien yksikön ylihoitaja Tarja Arvola. Hän kertoi leiko-toiminnan alkaneen heidän tulosalueellaan vuoden 2012 alkupuolella. Potilaille oli tarve saada yhtenäinen ohje, jossa koottaisiin yhteen oleellimmat asiat leiko-toimintamallista.

Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) pään ja kaulan sairauksien vastuualueella hoidetaan laajaa tauti- sekä sairauskirjoa, johon korva-, nenä- ja kurkkutautien (KNK) yksikkö kuuluu. KNK yksiköllä on oma osasto (21), poliklinikka sekä leikkausosasto, joissa hoidetaan kuulon sekä tasapainon häiriöitä, nenän sivuonteloiden sekä nenänielun sairauksia, suun, nielun sekä ruokatorven sairauksia, sylkirauhasten sairauksia, kurkunpään, henkitorven, keuhkoputkien ja välikarsinan sairauksia, kaulan alueen sairauksia, pään ja kaulan alueen pahanlaatuisia kasvaimia sekä pään ja kaulan alueen vammoja. (Nuutinen 2011, 7-13; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013, hakupäivä 6.1.2013.)

Projektin **tulostavoitteeksi** muodostui valmistaa preoperatiivinen ohje, jonka *kohderyhmänä* ovat korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikön leiko-potilaat. Ohjeen tarkoituksena oli selvittää mitä käsitte leiko (leikkaukseen kotoa) pitää sisällään, sekä antaa leiko-potilaille valmiuksia hoitaa leikkaus-

ta edeltäviä valmisteluja omatoimisesti kotonaan. Ohjeen tuli olla potilaille helppolukuista ja ymmärrettävää, sisällön tiivistä sekä tekstin etenemisen loogista. Ohjeessa olevien tietojen tuli pohjautua tuoreeseen tutkittuun tietoon, sekä vastata henkilökunnan odotuksia. Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-toimintamalliin perehtynyt henkilökunta on ohjeen *välitön kohderyhmä*, joten on oleellista, että he voivat hyödyntää ohjetta potilaiden ohjaamisessa. Potilaat saavat ohjeen joko poliklinikalla leikkauspäätöksen varmistuessa tai kotiin postitettuna.

Projektin **toiminnallisina tavoitteina** oli, että leiko-potilaat sekä heidän omaiset ymmärtäisivät mitä leikkaukseen kotoa -käsite pitää sisällään. Ohjeen sisällön oli tarkoitus tukea ja auttaa leikopotilaita suoriutumaan preoperatiivisesta valmistautumisesta. Leiko-sisääntulomalliin perehdytetyt sairaanhoitajat voivat hyödyntää ohjetta potilaiden ohjaamisessa. **Lyhyen aikavälin tavoite** oli, että leiko-potilaat saavat ohjeesta tarvitsemansa tiedot, ja että ohje motivoi heitä valmistautumaan toimenpiteeseen mahdollisimman hyvin. Kun leiko-sisääntulomallin kautta saapuvat potilaat ovat paremmin valmistautuneita, henkilökunnan ei tarvitse huolehtia potilaiden preoperatiivisten valmisteluiden tekemisestä. Tällöin hoitajilla jää aikaa muihin tehtäviin. **Pitkän aikavälin tavoitteena** on, että henkilökunnalta vapautuu resursseja. Se säästäisi sairaalan kustannuksia, kun hoitajien työpanosta voidaan keskittää muihin tarvittaviin osa-alueisiin.

Oppimistavoitteenani oli perehtyä leiko-toimintamalliin mahdollisimman syvällisesti. Tähän tavoitteeseen päästäkseni tutustuin laajasti kirjallisuuteen sekä tutkimuksiin leiko-toimintamalliin liittyen. Sairaanhoitajien työkuvaan kuuluu ohjata potilaita, antaa tietoa sairauksien ehkäisemisestä sekä niiden hoitamisesta, velvollisuus parantaa omaa asiantuntijuuttaan sekä olla potilaiden asialla. Kyky soveltaa tutkittua tietoa on oleellista sosiaali- ja terveysalan sisällön hallitsemisessa. Mahdollisuutemme kasvattaa sanoman omaksumista sekä toivottuja vaikutuksia paranee, kun ymmärrämme viestinnän periaatteita ja lainalaisuuksia. (Wiio & Puska 1993, 18; Jämsä & Manninen 2000, 23; Sairaanhoitajaliitto, hakupäivä 6.1.2013.) Tavoitteenani oli oppia ja omaksua tietoja ja taitoja mahdollisimman kattavasti projektityöskentelystä sekä potilasohjeen laatimisesta. Lisäksi tavoitteenani oli kehittää yhteistyötaitojani, ja ohjeen laatimisen aikana tein yhteistyötä ohjaavien opettajien, vertaisarvioitsijoiden, sekä OYS:n eri ammattiryhmien kanssa.

2 LEIKO-TOIMINTAMALLI

Sana ”leiko” tarkoittaa, että postoperatiivista osastohoitoa vaativa potilas saapuu sairaalaan erillisin leiko-tiloihin vasta toimenpideaamuna, jolloin hän ei käy lainkaan vuodeosastolla ennen toimenpidettä. Päiväkirurgista toimintaa on Suomessa ollut 1980-luvulta saakka, ja kyseinen toimintamalli on todistanut, että potilaat voivat valmistautua leikkaukseen kotonaan eikä hoidonlaadun ole todettu huonontuneen lyhennetystä hoitoajasta huolimatta. Erotuksena päiki (päiväkirurginen) -potilaisiin on se, että leiko-potilaat viettävät useamman kuin yhden päivän sairaalahoidossa, kun taas päiki -potilaat kotiutuvat toimenpidepäivän aikana. Leiko-toiminnan kautta voidaan leikata iäkkäämpiä potilaita sekä tehdä suurempia toimenpiteitä kuin päiväkirurgisen toiminnan kautta. (Keränen ym. 2003, 3559; Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4739, 4742.) Tulevaisuudessa tavoitteena on, että lähes kaikki potilaat tulisivat leiko-sisääntulomallin kautta (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3887).

Leiko -sisääntulomallissa potilas tulee toimenpiteeseen suunnitellusti, eli elektiivisesti, tai niin kutsuttuna vihreän linjan päivystyspotilaana. Vihreän linjan päivystyspotilaat voivat mennä kotiin odottamaan leikkaustaan, mutta toimenpide on suoritettava kolmen vuorokauden sisällä leikkauspäätöksen tekemisestä (Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4739; Kallio, Meretoja, Salminen & Arjatsalo 2006, 5076.) Leiko-toimintamallin kautta saapuviksi potilaiksi voidaan ottaa ne, joiden psyykkinen ja fyysinen terveydentila sen sallivat. Anestesiaan vaikuttavat sairaudet voivat olla esteenä leiko-potilaana olemiselle. (Keränen ym. 2003, 3560.) Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri Tuomas Holma (11.12.2012, haastattelu) sekä anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri Sanna Lahtinen (11.12.2012, haastattelu) kertovat, että leiko-toimintamallin esteet eivät ole yksiselitteisiä. Heidän mukaansa huonossa hoitotasapainossa olevia sairauksia omaava potilas voi saapua toimenpiteeseen leiko-potilaana, kun hänen vointinsa otetaan hyvissä ajoin huomioon. Yleisin rajoittava tekijä leiko-potilaana saapumiselle on oletus, ettei potilas kykene suoriutumaan omatoimisesti toimenpiteeseen valmistautumisesta. Holman ja Lahtisen mukaan esimerkiksi dementiaa sairastava voi kuitenkin saapua toimenpiteeseen leiko-potilaana, jos hänellä on esimerkiksi omainen avustamassa. Holma ja Lahtinen kertovat, että Oulun yliopistollisessa sairaalassa leiko-toimintamallin kautta saapumisen esteen tulee olla lääketieteelliseen syyhyn perustuva. Esimerkiksi pitkä välimatka ei ole syy tulla perinteisen sisääntulomallin kautta sairaalaan. Kaukaa tulevilla potilailla on mahdollisuus majoittua potilashotelliin.

Suomessa yksityisellä puolella on tiettävästi ollut käytössä toimintamalli, jossa postoperatiivista hoitoa tarvitseva leikkauspotilas saapuu sairaalaan vasta toimenpideaamuna. Vastaavanlaista toimintamallia ei ole kuvattu muualla Euroopassa, mutta Yhdysvalloissa kuluja säästävää sisään-tulomallia on hyödynnetty pidempään. (Keränen ym. 2006, 3603; Järvi 2008, 10.) Syynä leiko-toimintamallin alulle panoon ovat olleet pitkät leikkausjonot, henkilökunnan puute ja heidän ajan-käyttönsä priorisointi sekä osastopaikkojen antaminen niitä eniten tarvitseville potilasryhmille. Po-tilaiden sairaalassa vietettyä aikaa lyhentämällä on tutkitusti voitu alentaa myös infektioriskiä. (Keränen ym. 2003, 3559-3561; Keränen ym. 2004, 4739; Keränen 2006, 1412; Keränen, Karja-lainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3888.)

Leiko-toimintamallin kehittämisryhmässä olivat Hyvinkään sairaalassa mukana erikoislääkärien li-säksi asiantuntijoita vuodeosastolta, poliklinikoilta, anestesia- ja leikkausosastoilta, fysiotera-piayksiköstä, ATK-yksiköstä, laboratoriosta, leikkausjonojen hoitajista sekä röntgenosaston henki-lökuntaa. Kehitysprojektin kohderyhmänä olivat aluksi kirurgian, anestesiologian sekä korva-, ne-nä- ja kurkkutautien erikoissalat. (Keränen ym. 2003, 3559, 3561.)

2.1 Leiko-potilaan toimenpidekelpoisuuden arvioiminen

Potilaan toimenpidepäätös tehdään joko oman terveystieteellisen lähteen tai sairaalassa tehtyjen edeltävien sairaalatutkimuksien perusteella. Toimenpiteeseen liittyvän informaation an-taa kirurgi poliklinikalla. Samalla käynnillä arvioidaan onko potilas soveltuva leiko-potilaaksi, tai onko potilaalla omaista jonka avulla leiko-sisääntulomalli onnistuisi. Arvioinnissa otetaan huomi-oon potilaan anestesiaan vaikuttavat sairaudet, sekä potilaan psyykinen ja sosiaalinen tervey-dentila. Potilaan tulee kyetä ymmärtämään annetut toimintaohjeet sekä suorittamaan ne joko omatoimisesti tai omaisen avustamana. Arvioinnissa huomioon otetut asiat kirjataan hoidonva-raustietoihin, jotta jonohoitaja voi myöhemmin kartoittaa potilaan sen hetkisen voinnin. Potilaan kokonaisvoinnin mukaan arvioidaan onko potilaan tarpeellista käydä lisätutkimuksissa, esimerkik-si leikkausta edeltävällä anestesiapoliklinikkakäynnillä. Potilaan ikä ei yksinään ole este leiko-sisääntulomallille, sillä iäkäskin potilas selviää hyvällä ohjauksella leiko-prosessista. (Keränen ym. 2003, 3560-3561; Keränen ym. 2004, 4739-4742; Keränen ym. 2006, 3605; Keränen ym. 2008, 3890; Käypähoito -suositus 2008, hakupäivä 6.1.2013.)

Potilas saa tiedon saapumisestaan sairaalaan leiko-sisääntulomallin mukaan joko poliklinikka-käynnillä tai kirjeitse kotiin (Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4739). Oulun yliopistollisessa sairaa-

lassa korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-toimintamalliin perehtyneet sairaanhoitajat Sari Soppela ja Marja Oja (28.11.2012, haastattelu) kertovat, että potilaille tehdään poliklinikkakäynnin yhteydessä päätös toimenpiteestä. Hoitava lääkäri täyttää jonohoitajalle lomakkeen, jossa käy ilmi suunniteltu toimenpide, toimenpiteen kiireellisyysluokka sekä potilaan yleistila. Lomakkeelle on myös kirjattu onko potilaan tarkoitus saapua sairaalaan perinteisen sisääntulomallin, leiko-toimintamallin vai päiväkirurgisen toimintamallin kautta.

Kun potilas laitetaan hoidonvarausjonoon, on tärkeää sisällyttää potilaan tarkka terveydentila tallennettaviin tietoihin. Pitkä jonotusaika lisää riskiä potilaan tietojen vanhentumisesta. Jonohoitajan tulee tarkastaa potilaan nykyinen terveydentila, sillä potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset tulee ottaa hyvissä ajoin huomioon ennen sisääntuloajankohtaa. Pitkissä jonotusajoissa voi jonoa hoitava sairaanhoitaja olla potilaisiin yhteydessä joko puhelimitse tai kirjeitse. Aktiivisella yhteydenpidolla vältetään toimenpiteiden siirtyminen tai jopa peruuntuminen. (Keränen ym. 2003, 3561-3562.) Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikön jonohoitaja Tarja Muhola (11.12.2012, haastattelu) kertoo, että jonohoitajat varaavat potilaalle toimenpideajan hoidonvarauslomakkeen perusteella. He kokoavat potilaalle lähtevän kirjeen, joka sisältää kutsukirjeen, toimenpideajankohdan sekä asioita joita leiko-potilaan tulee huomioida ennen sairaalaan saapumistaan. Potilaiden valmistautumiset toimenpidettä varten voivat poiketa paljon toisistaan, joten jokaiselle on räätälöitävä henkilökohtaiset asiakirjat kutsukirjeen mukaan.

Sairauksien ennalta kartoittaminen parantaa potilaiden toipumista toimenpiteestä (Käypä hoito -suositus 2008, hakupäivä 6.1.2013). Potilaan sairaus tai huono yleistila voivat antaa kirurgille tai jonohoitajalle syyn järjestää potilaalle poliklinikka-ajan, lisätutkimuksia tai tarvittaessa konsultoida anestesia-lääkäriä. Halutessaan kirurgi tai jonohoitaja voi pyytää potilaan anestesiakelpoisuuden määrittämiseen. Nämä tapaamiset tulisi keskittää vain vaikeisiin tapauksiin, sillä yleisesti kaikkien potilaiden ei ole tarvetta käydä erillisellä preoperatiivisella poliklinikkakäynnillä. (Keränen ym. 2004, 4739; Keränen 2006, 1413; Keränen ym. 2008, 3889; Tohmo 2010, 43.) Preoperatiivisella poliklinikkakäynnillä tulee käydä, mikäli potilaalla on vaikea verisuoni-, sydän- tai munuaissairaus, insuliinilla hoidettava ja huonossa tasapainossa oleva diabetes, tai reuma, jonka seurauksena ilmenee niskan jäykkyyttä. Anestesiapoliklinikkakäynnin aiheita voivat myös olla: liikalihavuus, potilaan huono yleiskunto, runsas ja pitkäkestoinen tupakka-anamneesi, runsas päihteiden käyttö, aiemmat vaikeudet anestesiassa sekä puuduteaineallergiat. Joskus myös yli 80 vuoden ikä voi olla syynä preoperatiiviselle anestesiapoliklinikkakäynnille. (Keränen ym. 2008, 3888; Käypä hoito -suositus 2008, hakupäivä 6.1.2013.)

Jonohoitaja Muhola (11.12.2012, haastattelu) kertoo, että jonohoitajat tarkistavat potilaan hoidonvarauslomakkeen, jonka perusteella he muodostavat käsityksen potilaan voinnista. Potilaan yleis-tila huomioon ottaen, voi jonohoitaja varata potilaalle ajan anestesia- ja leikkauksen tapaamista varten. Jonohoitajille on valmiiksi annettu ohjeistukset niistä potilaista, joiden olisi syytä käydä anestesia- ja leikkauksen arvioitavana. Näiden potilaiden paperit toimitetaan anestesia- ja leikkauksen konsultoitavaksi, joka päättää riittääkö paperikonsultaatio vai onko potilaan syytä tulla sairaalaan tapaamiselle. Hoidonvaraaja huolehtii mahdollisen anestesia- ja leikkauksen tapaamisajan joko kutsukirjeen mukaan tai soittamalla potilaalle.

Munro, Booth & Nicholl (1997) kokosivat eri tutkimuksia leikkausta edeltävistä rutiinitutkimuksista terveiltä, oireettomilta, henkilöiltä 1970-luvulta aina 1990-luvun puoleen väliin saakka. Nämä tutkimukset osoittivat, että vaikka poikkeavia testituloksia ilmeni terveillä ihmisillä, vaikuttivat nämä tulokset hyvin harvoin, jos koskaan, hoidon muuttamiseen. Myös Hyvinkään sairaalassa leikkauksien kehittäessä päätettiin rutiininomaisista laboratoriokokeista karsia terveen potilaan (Keränen ym. 2003, 3561). Myös Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikön leikkauksenhoitaja Soppela (28.11.2012, haastattelu) kertoo, että potilaalle saatetaan määrätä laboratoriotutkimuksia iän, yleis-tilan sekä sairauksien perusteella. Potilaasta voidaan tarvittaessa ottaa laboratoriokokeita jo poliklinikkakäynnin yhteydessä tai toimenpidepäivän aamuna. Tällainen menettely on kuitenkin harvinaista. Yleisin menettelytapa on, että kutsukirjeen mukaan tulostetaan tarvittavat laboratoriotulokset sekä tiedotetaan milloin potilaan on viimeistään käytävä omassa terveyskeskuksessa otattamassa tarvittavat kokeet. Näin taataan laboratoriotulosten voimassaolo sekä näkyminen toimenpidepäivänä Oulun yliopistollisen sairaalan tietojärjestelmässä. Anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri Lahtinen (11.12.2012, haastattelu) muistuttaa, että EKG-nauha (elektrokardiografia, eli sydänfilmi) on potilaiden itse huolehdittava mukanaan sairaalaan, sillä sitä ei ole saatavilla tietojärjestelmän kautta.

2.2 Toimenpidettä edeltävät valmistelut

Asiantuntevalla ohjeistuksella voidaan parantaa potilaiden toipumista toimenpiteestä sekä hälventää potilaiden pelkoa sairaalahoitoa kohtaan. Potilaalle tulee olla ohjeistukset hoidostaan, toimenpidettä edeltävistä tutkimuksista, puhtaudesta, vaatetuksesta ja lääkitsemisestä. Sairaalalla tulee omat sovittu toimintajärjestelmä toimenpidettä edeltävässä arvioinnissa, jotta voidaan taata potilaalle parasta hoitoa. (Bachmann & Pere 2011, hakupäivä 23.1.2013; Käypähoito -suositus 2008, hakupäivä 23.1.2013; Erämies & Kuurne 2012, hakupäivä 23.1.2013.)

2.2.1 Hygienia ja asusteet

Tanner, Woodings ja Moncaster (2006, hakupäivä 6.1.2013) ovat tekemässään tutkimuksessa osoittaneet, että infektioiden ehkäisemiseksi ihokarvojen ajeleminen toimenpidealueelta ei ole pakollista. Jos ihokarvojen ajeleminen toimenpiteen vuoksi on välttämätöntä, ei tutkimuksessa löydetty eroa tulisiko se tehdä päivää ennen toimenpidettä vai toimenpidepäivänä. Korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkaussalin sairaanhoitaja Tuija Hamara (29.11.2012, haastattelu) nostaa esille toiveen, että ohjeessa potilaita kiellettäisiin ihokarvojen ajelu. Syynä tähän on leikkaussalin käytäntö, että hoitajat ajelevat ihokarvat sopivalta alueelta leikkaussalissa. Hamaran mielestä ohjeessa tulisi myös muistuttaa potilaita peseytymään ennen sairaalaan saapumista. Tätä toivetta tuki myös preoperatiivisen hoidon sairaanhoitajien käsikirja (Erämies & Kuurne 2012, hakupäivä 6.1.2013). OYS:ssa haastattelemani asiantuntijat toivoivat, että ohjeessa muistutettaisiin potilaita saapumaan sairaalaan hajusteettomina. Tällä noudatetaan OYS:n omaa käytäntöä hajusteettomasta sairaalasta.

Leiko-hoitajat Soppela ja Oja (28.11.2012) toivoivat, että potilaita muistutettaisiin huomioimaan pukeutuminen sairaalaan tullessa. He kertovat, että pään ja kaulan alueen toimenpiteissä toimenpidealueella voi postoperatiivisesti esiintyä arkuutta ja turvotuksia. Potilaan kotiutuessa erityisesti tiukat kaula-aukot voivat hankaloittaa pukemista sekä puristaa toimenpidealuetta.

Potilaiden tulee ottaa korut pois ennen toimenpidettä (Erämies & Kuurne 2012, hakupäivä 6.1.2013). Korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikön jonohoitajat toivoivat, että ohjeessa pyydetäisiin potilaita jättämään korut kotiin sairaalassa liikkuvien varkaiden vuoksi. Potilaiden on syytä poistaa lävistykset, sillä ne voivat haitata toimenpiteitä sekä radiologista kuvantamista. Suun sisäiset korut voivat hankaloittaa intubointia sekä nenämahaletkun asettamista. Paikalleen jätetyt korut voivat aiheuttaa muun muassa verenvuotoa kielestä, hypoksiaa, laryngospasmeja sekä korujen nielemistä. Jos potilas on haluton poistamaan lävistyksen toimenpiteen ajaksi, voi siihen asettaa ohuen muovisen putken pitämään lävistystä avoinna. (Kluger & Koljonen 2012, 1367.) Anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri Lahtisen toiveesta ohjeesta on jätetty pois mahdollisuus muovisen putken asettamisesta lävistykseen. Osa toimenpiteistä tehdään suun kautta, jolloin muoviputki esimerkiksi kielikorun tilalla lisää toimenpideriskejä.

Leiko-hoitajat Soppela ja Oja (28.11.2012, haastattelu) nostivat esille tarpeellisuuden muistuttaa potilaita saapumaan toimenpiteeseen meikittä. Pään ja kaulan alueen toimenpiteissä meikit tule-

vat toimenpidealueelle, jolloin niiden puhdistaminen on välttämätöntä. Myös kynsilakat tulee poistaa, sillä lakat voivat haitata pulssioksimetrin toimivuutta, jolloin saturaatiomittarin antama arvo ei ole luotettava (Jama 2009, hakupäivä 6.1.2013).

2.2.2 Lääkehoito

Potilaan lääkitykset on huomioitava ennen toimenpidettä, sillä niillä saattaa olla negatiivisia vaikutuksia toimenpiteeseen ja anestesiaan. Lääkäri arvioi lääkkeiden käytön jatkamista ennen toimenpidettä. Lääkehoitoa voidaan joko jatkaa toimenpiteeseen saakka tai joitakin lääkkeitä voidaan joutua tauottamaan ennen toimenpidettä. Anestesiaalääkäri määrittää mahdollisesti keskeytettävät lääkkeet sekä arvioi tarvitseeko potilas mahdollisesti siltahoitoa muulla lääkkeellä. (Käypä hoito -suositus 2008, hakupäivä 6.1.2013.) Potilaiden tulee aina saada kirjallinen ohje, johon on määrätty leikkausaamuna otettavat lääkkeet (Keränen ym. 2008, 3888).

Kirurgisen toimenpiteen myötä potilaille voi tulla tarpeen harkita laskimotukosten ehkäisemiseen tähtäviä hoitoja. Sen toteuttamiseen tulisi olla jokaisessa sairaalassa omat käytännöt. Laskimotukosten vaara on jaoteltu kolmeen ryhmään kirurgisten potilaiden kohdalla, jotka ovat vähäinen, kohtalainen sekä suuri vaara. Sekä toimenpide että altistavat tekijät vaikuttavat riskiryhmän valintaan. Jos leikkauksessa ei ole riskiä suurelle verenvuodolle, voidaan potilaalle antaa juuri ennen toimenpidettä pienimolekyylinen hepariini pistos. Fysikaalisena hoitona voidaan käyttää esimerkiksi antiemboliasukkia sekä jalkapohja- tai pohjepumppuja. (Lassila 2010, hakupäivä 6.1.2013.) Antiemboliasukat ehkäisevät keuhkoembolian ilmaantumista toimenpiteiden yhteydessä. Sukkien tehtävänä on tukea laskimopaluuta ja laskimoläppien toimintaa. Mekaaniseen tromboprofylaksiaan voidaan joutua tukeutumaan, mikäli antikoagulaatiohoitoa ei ole mahdollista toteuttaa. (Virranta 2010, hakupäivä 6.1.2013; Bergman 2010, hakupäivä 6.1.2013.)

Antikoagulaatiohoitoa käyttävien potilaiden hoidon tilanne tulee arvioida kokonaisvaltaisesti elektivistä leikkausta edeltävästi. Huomioon on otettava potilaan hyytymisanamneesi sekä -status, nykylläkäitys, munuaisten ja maksan toiminta, verenpaine, PVK+T (perusverenkuva ja trombosyytit), TT-INR (hyytymistekijät) sekä CHA2DS2-VASc -pisteytysluokka. CHA2DSS2-VASc auttaa arvioimaan aivohalvaus- ja vuotoriskiä eteisvärinäpotilailla sekä valitsemaan antitromboottista hoitoa. Antikoagulanttien tauotusta mietittäessä on syytä ottaa huomioon: toimenpiteen välttämättömyys ja kiireellisyys, leikkaus- sekä anestesia-suunnitelma että niihin liittyvät verenvuotovaarat, mahdolliset muut potilaan vuotoriskiä nostavat tekijät sekä mitä seurauksia mahdollisesta vuo-

dosta tulisi. Suuren tukos- ja vuotoriskin sekä uusissa antikoagulantti hoitoa vaativien potilaiden tapauksissa hepariinihoitoa voidaan käyttää sekä pre- että postoperatiivisesti varfariinin tilalla. Ihonalaista pienimolekyylistä hepariinihoitoa tarvitaan suurien toimenpiteiden yhteydessä sekä niiden jälkeen, jos potilaalla on suuri tukosriski tai pahoinvointia. Pahoinvointi on esteenä suun kautta annettavalle antikoagulantille, muilla kuin suuren tukosriskin omaavilla potilailla. (Terveysportti 2010, hakupäivä 6.1.2013; Lassila, Armstrong, Halinen, Albäck, Asmundela, Bacman, Grounstroem, Joutsu-Korhonen, Kalliokoski, Kastarinen, Niemi, Peltonen, Peura, Puhakka, Rossinen, Tattisumak & Väänänen 2012, 2760; Koivula & Savolainen 2012, hakupäivä 21.1.2013.) Antitromboottisen lääkityksen aloittamista preoperatiivisesti ei katsota enää tarpeelliseksi, mutta sen voi aloittaa noin kaksi tuntia ennen leikkausta (Keränen ym. 2003, 3562). Leiko-hoitaja Oja (28.11.2012, haastattelu) kertoo, että OYS:n käytäntönä on, että leiko-potilaat pistävät antitromboottisen injektion kotonaan leikkausta edeltävänä iltana omatoimisesti. He saavat erilliset ohjeet antiemboliasukkien pukemisesta joko kutsukirjeen mukana tai erikseen kotiin lähetettynä. Jono-hoitaja Muholan (11.12.2012, haastattelu) mielestä ohjeessa ei ole syytä avata sanaa ”antiemboliasukat”. Hänen kokemuksiensa mukaan, jos antiemboliasukat sanaa avattaisiin, kaikki potilaat vaatisivat ”laskimotukoksia ehkäisevät sukat” jalkaansa.

2.2.3 Ravinnottaolo

Paastoamisella pyritään ehkäisemään aspiraatoriskiä toimenpiteissä, vähentämään mahan sisälön määrää sekä mahanesteen happamuutta. Potilaan on oltava syömättä kiinteää ruokaa kuuden tunnin ajan ennen toimenpidettä. Kirkkaita juomia saa juoda viimeistään kaksi tuntia ennen toimenpidettä. Kirkkaita juomia katsotaan olevan vesi, kirkas mehu, tee sekä kahvi ilman maitoa. On kuitenkin huomioitava, että esilääkettä ottaessa on sallittavaa juoda tuntia ennen toimenpidettä maksimissaan 150 millilitraa vettä. Potilaille, joilla on suurentunut aspiraatoriski, ei voida antaa suositusta tarvittavasta paastoajasta. Suurentunut aspiraatoriski katsotaan olevan potilailla, jotka ovat raskaana, diabeetikkoja, obeeseja (ylipainoisia) tai vammapotilaita. Näiden potilaiden kohdalla arvioi anestesia lääkäri paastottavan ajan yksilöllisesti. (Käypä hoito -suositus 2008, hakupäivä 6.1.2013.) Jos potilaan toimenpide on vasta iltapäivällä, voi leiko-hoitaja preoperatiivisessa tapaamisessa/puhelussa tarkentaa mistä lähtien potilaan on syytä olla ravinnotta (Sjöroos & Takala 2012, 23). Korva-, nenä- ja kurkkutautien jono-hoitaja Muhola (11.12.2012, haastattelu) kertoo, että heidän muissa preoperatiivisissa potilasohjeissaan mainitaan, että vettä voi ottaa vain tuntia ennen sairaalaan saapumisaikaa. Tässä on huomioitu potilaiden haastattelemiseen sekä valmisteleamiseen kuluva aika.

Käypä hoito -suositus (2008, hakupäivä 1.6.2013) ohjeistaa, että kaksi tuntia ennen anestesiaa on lopetettava purukumin sekä erilaisten tupakkatuotteiden käyttö. Jonohoitaja Muholan (11.12.2012, haastattelu) mielestä tämä ohjeistus oli hyvä muuttaa koskevaksi koko toimenpidevuorokautta, jotta tuleva ohje olisi yhteneväinen muiden potilasohjeiden tiedon kanssa.

2.3 Leiko-potilaiden sairaalaan saapuminen sekä postoperatiivinen hoito

Leiko-toimintamalliin perehtynyt sairaanhoitaja soittaa seuraavan päivän leiko-sisääntulomallin kautta toimenpiteeseen saapuville potilaille. Puhelussa käydään läpi toimenpidepäivän kulku ja -aikataulu, potilaan yleistila ja ennakkovalmistelut. Tarvittaessa potilas voi kysyä hoitajalta epäselvistä asioista. (Keränen ym. 2003, 3562.) Potilaat suorittavat heillä määrätty esivalmistelut ohjeistusten avulla omatoimisesti kotonaan (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3604). Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-hoitajat Soppela ja Oja (28.11.2012, haastattelu) kertovat, että heillä ei ole tapana soittaa potilaille päivää edeltävästi. Preoperatiivinen puhelinohjaus voidaan tehdä jo aiemmin, esimerkiksi viikkoa ennen toimenpiteeseen saapumista. Voi olla, että jotkut leiko-potilaat ovat joutuneet käymään sairaalassa lisätutkimuksissa viikkoa ennen toimenpidettä. Tällöin heidän kanssaan on käyty läpi puhelinohjaukseen kuuluvat asiat kasvokkain, jolloin puhelinohjaukseen ei automaattisesti ole enää tarvetta.

Leikkausaamuna potilaat saapuvat leikkaussalin läheisyydessä sijaitseviin leiko-tiloihin, jolloin heillä on oltava mukanaan tuoreimmat tiedot sisältävä esitietolomake. Leiko-toimintaan perehtynyt sairaanhoitaja ottaa potilaat vastaan porrastetussa tulojärjestyksessä. Sairaanhoitaja haastattelee potilaat kahden kesken. Hän varmistaa, että potilaat ovat noudattaneet ennako-ohjeita, sekä että potilaat ovat tuoneet kaikki tarvittavat paperit mukanaan. Potilas vaihtaa leiko-tiloissa sairaalavaatteet ja saa mahdollisen esilääkkeen. Kirurgi, sekä tarvittaessa anestesia lääkäri, käyvät katsomassa potilasta leiko-tiloissa ennen toimenpidettä. Jos lääkärit katsovat tarpeelliseksi, voi laboratoriohoitaja käydä vielä leiko-tiloissa ottamassa näytteitä. Leiko-tiloista leikkaussairaanhoidaja hakee leiko-potilaan leikkaussaliin. Toimenpiteen jälkeen potilaat siirtyvät osastolle joko suoraan tai heräämöhoidon kautta. (Keränen ym. 2003, 3559, 3561; Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4739, 4742; Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3607; Sjöroos & Takala 2012, 23.)

Vuodeosaston sihteerit ovat avanneet edellisenä päivänä potilaiden hoitokertomukset potilastietojärjestelmästä sekä ohjelmoivat heille tarvittavat tutkimukset. Vuodeosaston hoitajat tapaavat potilaan ensimmäisen kerran vasta heidän hakiessa potilas toimenpiteen jälkeen heräämöhoidosta

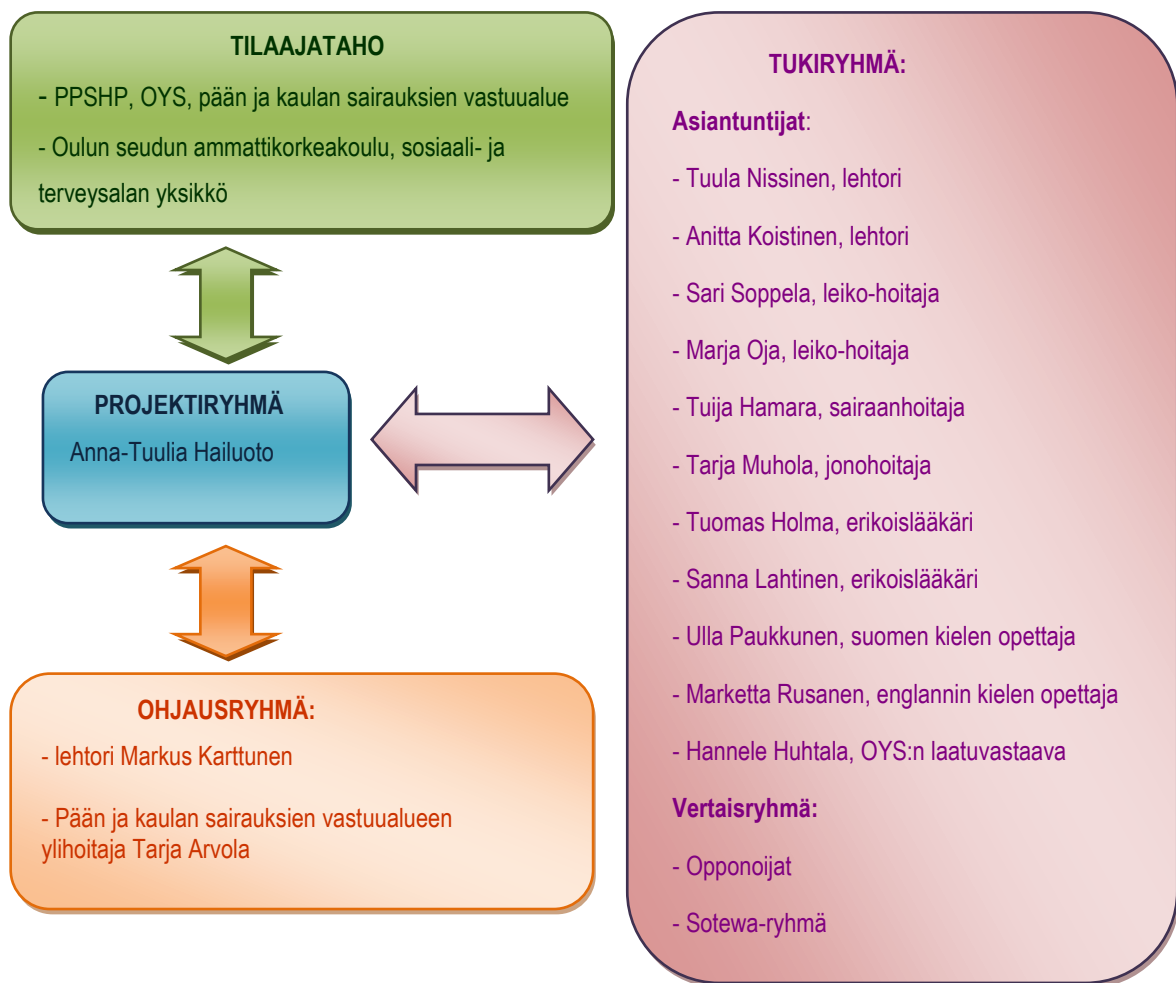
postoperatiiviselle hoitajaksolle. Hoitohenkilökunta perehtyy ennalta potilaan papereihin hiljaisen raportin avulla. (Keränen ym. 2006, 3605; Sjöroos & Takala 2012, 23.) Koska leiko-potilaat saapuvat osastolle vasta toimenpiteen ja heräämönhoidon jälkeen, ehtii osastolta vapautua päivän myötä potilaspaikkoja. Tämä tuo joustavuutta potilaspaikkatilanteeseen. (Sjöroos & Takala 2012, 22-23.)

3 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projektin lähtökohtana on tietyn määränpään saavuttaminen, jonka toteutumisesta vastaa sitä varten muodostettu organisaatio. Projektilla tulee olla aikataulu, panokset, toteutustapa sekä tavoitteet. (Silfverberg 2007, 5, 35.)

3.1 Projektiorganisaatio

Projektiorganisaatioon kuuluu enemmän kuin yksi henkilö. Henkilöt yrittävät työnjaon avulla saavuttaa yhteisen tavoitteen. (Karlsson & Marttala 2002, 76.) Organisaatioiden johdon edustajisto toimii yleensä projektissa ohjausryhmänä. Projektissa voi olla mukana enemmän kuin yksi hankkeistaja. Projektiryhmä on nimetty projektiin joko määrääjäksi tai täysiaikaisesti. (Jämsä & Manninen 2000, 86, 88.) Kuviossa 2 olen kuvannut projektini projektiorganisaation.



KUVIO 2. Projektioorganisaatio

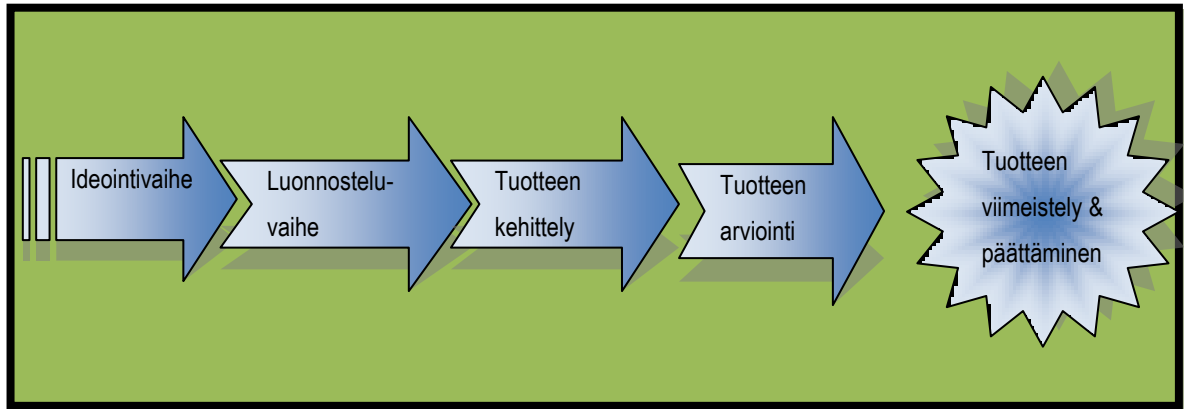
Projektini asettajana eli **tilaajatahona** toimivat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen pään ja kaulan sairauksien vastuualue sekä Oulun seudun ammattikorkeakoulun (OAMK) sosiaali- ja terveysalan yksikkö. **Projektiryhmän** muodostin minä, Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön hoitotyön opiskelija Hailuoto Anna-Tuulia. Projektiryhmän tehtävänä on laatia projektin suunnitelma, aikataulu, yhteistyösopimukset, vastata projektin etenemisestä, hankkia ja koota tietopohja sekä dokumentoida projektia ohjeiden mukaisesti (Silfverberg 2007, 50). Yhteistyötahoilta saamieni palautteiden sekä ohjauksien pohjalta arvioin projektiani. Projekti tuli esittää suullisesti työn kolmessa eri vaiheessa. Esitin projektistani vain kaksi vaihetta, projektisuunnitelman sekä loppuraportin, sillä olin esittänyt valmistavan työn edellisestä aiheestani.

Ohjausryhmänä projektissa toimivat työn alussa metodiohjaajana Oulun seudun ammattikorkeakoulun hoitotyön lehtori Tuula Nissinen sekä Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen pää- ja kaulan alueen vastuualueen ylihoitaja Tarja Arvola. Projektin alusta saakka sisällön ohjaajana on toiminut lehtori Markus Karttunen. Loppuraporttivaiheessa lehtori Anitta Koistinen ryhtyi projektini metodiohjaajaksi Tuula Nissisen jäädessä pois projektiryhmästäni. Kaikki lehtorit ovat tukeneet minua oppimisprosessissa sekä ongelmakohtissa, auttaneet tekemään eettisiä ratkaisuja sekä arvioineet ja ohjanneet projektissa valmistavan työn ja suunnitelman. Lehtorit Karttunen ja Koistinen arvioivat opinnäytetyöni loppuraportin, kypsyysnäytteen sekä tulee tarkastamaan opinnäytetyöni kuvailutiedot ennen sen siirtämistä Theseukseen. Lehtori Karttunen on järjestänyt opinnäytetyölle henkilökohtaista ohjausta, allekirjoittanut opinnäytetyön yhteistyösopimuksen sekä arvioinut loppuraportin esityksen. Ylihoitaja Arvola on osallistunut toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta opinnäytetyön ohjaamiseen sekä allekirjoittanut yhteistyö- sekä tekijänoikeussopimuksen. Ylihoitaja Arvola osallistui yhdessä opiskelijan sekä ohjaavan opettajan kanssa aiheen ideointiin, tavoitteiden määrittelyyn sekä työn rajaamiseen.

Tukiryhmääni kuuluvat asiantuntijat sekä vertaisarvioijat. *Asiantuntijaryhmääni* kuuluivat lehtori Nissisen ja Koistisen lisäksi Oulun seudun ammattikorkeakoulun suomen kielen opettaja Ulla Paukkunen sekä englannin kielen opettaja Marketta Rusanen. Oulun yliopistollisen sairaalan puolelta asiantuntijoina toimivat pää- ja kaulan alueen vastuualueella toimivat leiko-sisääntulomalliin perehtyneet sairaanhoitajat Sari Soppela ja Marja Oja, korva-, nenä- ja kurkkutautien jonohoitaja Tarja Muhola, korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkaussalissa työskentelevä sairaanhoitaja Tuija Hamara, anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri Sanna Lahtinen sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri Tuomas Holma. Ohjeen tarkasti myös OYS:n laativastaava Hannele Huhtala, joka lisäsi sen Oulun yliopistollisen sairaalan Intranettiin henkilökunnan käytettäväksi. *Vertaisarvioijina* ovat toimineet opponoijat sekä koulussa toimiva opinnäytetyön etenemistä tukeva SOTEWA-ryhmä.

3.2 Projektin päätehtävät

Projektsuunnitelman on tarkoitus muodostaa realistinen kuva ohjeen valmistuksesta ja jakaa työn teko suunnittelu- sekä valmistusvaiheisiin (Karlsson & Marttala 2002, 16; Jämsä & Manninen 2000, 87). Olen pohtinut tuotteistamisprojektin toteuttamista sosiaali- ja terveysalalla Jämsän ja Mannisen (2000) näkökulmasta. He ovat erottaneet siinä viisi vaihetta. Projektini tuotteistamista olen avannut kuviossa 3.



KUVIO 3. Tuotteistamisen eteneminen. (Jämsä & Manninen 2000.)

Projektini päätehtäviä sekä niiden osatehtäviä olen pohtinut liitteessä 1. Kirjoitin aluksi opinnäytetyötäni eri aiheesta, mikä vaikutti tämän projektin etenemiseen. Edellisessä aiheessani olin edennyt valmistavaan seminaarivaiheeseen, johon olin koonnut kyseisestä aiheesta viitekehyksen ja esitellyt sen powerpoint -esityksenä hyväksytysti. Sen vuoksi en esittänyt tämän projektin ideointivaihetta enkä valmistavaa seminaaria. Tämän projektin viitekehyksen kasaamiseksi kirjoitin kuitenkin valmistavan seminaarin raportin uusiksi. Projektisuunnitelmasta kirjoitin raportin, jonka myös esitin. Valmistavan seminaarin ja projektisuunnitelman tietopohjan perusteella lähdin valmistamaan ohjetta. Projektini päättyi ohjeen valmistumiseen, kypsyysnäytteen ja loppuraportin kirjoittamiseen sekä sen esittämiseen.

Työskentelyni korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausosastolla sai minut hakemaan opinnäytetyöni aihetta heiltä. **Aiheen ideointi** käynnistyi elokuussa 2012, kun otin yhteyttä OYS:n operatiivisen tulosalueen pään ja kaulan sairauksien vastuualueen ylihoitaja Arvolaan. Hän ehdotti minulle opinnäytetyön aiheeksi ohjetta, joka olisi suunnattu pään ja kaulan sairauksien leikosisääntulomallin kautta saapuville potilaille. Heille suunnattua ohjetta ei ollut. Ylihoitaja Arvola oli tietoinen, että jonohoitajat ja leiko-hoitajat olivat kokeneet tarpeelliseksi saada ohjeen, jotta leikopotilaiden valmistautuminen toimenpiteeseen parantuisi. Opinnäytetyöni aiheelle oli tilaaja ja sille oli tarve, koska leiko-sisääntulomalli on uusi ja ajankohtainen.

Elokuussa 2012 aloitin aiheeseen perehtymisen, josta käynnisti projektin **luonnosteluvaiheen**. Etsin paljon tietoa leiko-toimintamallista, tutkimuksia leiko-potilaiden kokemuksista hoidostaan, perehdyin pään ja kaulan alueen sairauksiin sekä tutustuin ohjeen valmistamiseen. Näiden aiheiden pohjalta kirjoitin *valmistavan seminaarin*, jonka lähetin tarkastukseen lokakuussa 2012. Koin sisällyttäneeni valmistavaan seminaariin projektini viitekehyksen. *Projektisuunnitelman* kirjoittami-

sen aloitin elokuussa 2012. Projektisuunnitelmassa avasin projektin taustaa sekä yhteistyötahoa, suunnittelin projektin eri vaiheita, määrittelin työlleni tavoitteet, aikataulun sekä opinnäytetyöhön tarvittavat sopimukset. Esitin projektisuunnitelman marraskuussa 2012.

Tuotteen kehittelyn olen katsonut alkaneen ideointivaiheesta lähtien. Tuotteen konkreettisen kehittämisen aloitin, kun olin saanut valmistavan seminaarin sekä projektisuunnitelman hyväksytyiksi sekä esitettyä. Sopimusten hyväksymisten jälkeen haastattelin OYS:ssa työskentelevät projektini asiantuntijat. Haastatteluja varten valmistin ensimmäisen luonnoksen ohjeesta.

Haastattelujen yhteydessä näytin ohjeesta tekemääni luonnosta, jonka pohjalta keräsin palautetta asiantuntijoilta OYS:sta. Haastattelujen tehdessäni ymmärsin, että ohje tulisi tiivistää koskevaksi vain korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-potilaita. Syynä tähän oli, että yhteystiedot sairastumisen / yleistilan muuttuessa ovat ohjeessa osoitettu korva-, nenä- ja kurkkutautien jonohoitajille. Ohjeesta saamieni palautteiden perusteella lähdin valmistamaan lopullista ohjetta. Esitin korjattua luonnosta ohjeesta lähipiirilleni, joilta sain hyvää palautetta ohjeen ymmärrettävyydestä. Heiltä saamien palautteiden jälkeen korjasin ohjetta ja lähetin sen luettavaksi asiantuntijaryhmälleni. Jonohoitajilta tuli vielä korjausehdotuksia, jotka otin huomioon ennen ohjeen lähettämistä suomen kielen opettaja Ulla Paukkuselle tarkastettavaksi. Ohjeeseen ei enää tullut korjausehdotuksia haastattelemiltani asiantuntijoilta eikä lähipiiriltäni. Lähetin ohjeen ylihoitaja Arvolalle, joka ohjasi minua ottamaan yhteyttä OYS:n laativastaava Hannele Huhtalalle. Hän tarkisti vielä ohjeessani käyttämäni järjestystä sekä sisältöä. Hän pyysi minua tekemään muutamia korjauksia. Korjauksien jälkeen keskustelin vielä leiko-hoitaja Soppelan kanssa ohjeen sisällöstä. Hän oli näyttänyt ohjetta työyhteisölleen päiki-tiloissa. He olivat olleet tyytyväisiä ohjeeseen, joten lähetin ohjeen laativastaava Hannele Huhtalalle, ja siihen päättyi **tuotteen arviointi**. Lopullinen ohje valmistui tammikuussa 2013.

Projektin voi katsoa olevan päättynyt, kun kaikki työhön liittyvät tulokset on luovutettu ja ne on hyväksytty. Loppuraportin on sisällettävä lyhyt selostus projektista, jonka jälkeen arvioidaan kuinka hyvin tavoite saavutettiin. Raportissa on myös tuotava esille kokemukset projektityöskentelystä. (Karlsson & Marttala 2002, 97, 99.) **Projektin viimeistelyyn ja päättämiseen** kuuluivat *loppuraportin* kirjoittamisen ja tekstin korjaamisen lisäksi myös projektin esittäminen, kypsyysnäytteen kirjoittaminen, ohjeen toimittaminen yhteistyötaholle sekä hyväksytyn loppuraportin huolehtiminen Theseukseen tai OAMK:n intranettiin sekä yhteistyötaholle. Olin aloittanut loppuraportin kirjoitta-

misen rinnakkain valmistavan seminaarin kanssa lokakuussa 2012. Jätin loppuraporttini arvioitavaksi tammikuussa 2013, jolloin pääsin esittämään sen.

4 OHJEEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Tuotekehityksen ensimmäinen vaihe on kehittämistarpeen tunnistaminen. Kehittämistarpeena voi olla tarve tuotteen uudistamisesta vastaamaan käyttötarkoitustaan. Ellei pelkkä uudistaminen ole mahdollista, täytyy luoda uusi tuote. Uutta tuotetta kehiteltäessä tulee soveltaa erilaisia toiminnan ja ongelmanratkaisun menetelmiä. (Jämsä & Manninen 2000, 28, 35.)

Ohjeen kirjoittamisen lähtökohtana toimii joko käytännön hoitotyön tarve tai ongelma (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35). Koska aiempaa ohjetta leiko-potilaille ei ollut, tuli minun suunnitella sellainen alusta alkaen. Silfverbergin (2007, 2, 43) mukaan projektin hyvä suunnittelu ennaltaehkäisee epäonnistumisia. Suunnitelmassa tulisi avata projektin tärkeimmät työvaiheet, sekä huomioida hankkeen todelliset asiakkaat eli kohderyhmä, jota projekti koskee. Hänen mukaansa epäonnistuneiden hankkeiden syyksi yleensä paljastuu, että projekti on valmistettu tuottaja- ja asiantuntijälähtöisesti. Siksi jo suunnitteluvaiheessa tulisi huomioida mitkä ovat tavoitteet projektin päättymiselle. Näin pyritään takaamaan projektin kestäminen ja toimiminen myös hankeosuuden jälkeenkin.

Informaatio tarkoittaa muokkaamista johonkin muotoon. Viestinnässä informaation katsotaan vähentävän epätietoisuutta jotakin asiaa kohtaan. Ihmisen kyky vastaanottaa informaatiota muodostuu muistista, entisestä tiedosta sekä kyvystä ja halusta käsitellä tietoa, koska kirjoitettu teksti saa vasta aivoissa merkityksen. Terveysviestintää tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijan ja asiakkaan välillä. Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävä henkilö on asiakas. Hänelle asiantuntijana toimii tietoa antava työntekijä. Terveysviestintä ei ole vain suullista kanssakäymistä terveydenhoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä, vaan se voi olla myös välillistä esimerkiksi ohjeiden kautta. Yleensä pelkkä suullinen ohjaus ei riitä, vaan potilaat tarvitsevat kirjoitettuja ohjeistuksia sen tueksi. Tällöin informaatiota voi vaihtua välillisesti kirjallisen materiaalin kautta, kuten esimerkiksi potilaille suunnatulla ohjeella. (Wiio & Puska 1993, 16, 29-30; Jämsä & Manninen 2000, 56.)

Olimme ylihoitaja Arvolan kanssa jo ideointivaiheessa, etten haastattele leiko-potilaita ollenkaan projektissa. Tiedostin alusta alkaen sen laskevan ohjeeni luotettavuutta, joten halusin muilla tavoilla taata, että ohjeesta tulisi käytännöllinen. Perehdyin potilasohjeen valmistamisesta kertovaan kirjallisuuteen. Niissä korostui, että tärkein huomioitava asia potilasohjeen valmistuksessa

on se, että *ohje vastaa potilaan kysymyksiin*. Toissijaisena asiana on, että ohje välittää osaston valmistautumisohteita sekä muita neuvoja potilaille. Hyvällä tiedonannolla voidaan rohkaista potilaita, sekä antaa heille lisää valmiuksia itsensä hoitamiseen. Jos potilas ei noudata annettuja ohjeita, hän voi sillä huonontaa hoitotuloksia. Siksi tuotteen lähestymistavan tulisi olla potilaan oma-toimisuutta tukevaa. (Torkkola ym. 2002, 15, 24, 35; Wiio & Puska 1993, 17; Jämsä & Manninen 2000, 31.)

Jämsän ja Mannisen mukaan (2008, 28) sosiaali- ja terveysalalla tuotekehityksestä voidaan erottaa viisi vaihdetta: ideointivaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen, tuotteen arvioiminen sekä tuotteen viimeistely ja päättäminen. Ohjeen ideointi alkoi elokuussa 2012, kun yhteistyökumppanini teki tilauksen projektista. Ideoinnissa sain aiheen, jonka pohjalta kyselin leiko-potilaiden hoitoon osallistuvien hoitajien toiveita ohjeesta. Työstämäni ohjetta ei ollut talossa, joten loin ohjeen alusta saakka. Ideoin ja suunnittelin ohjetta elokuusta marraskuuhun 2012 ja lopullisen ohjeen valmistin tammikuussa 2013.

4.1 Ohjeen laatukriteerit

Tavoitteiden pohjalta tulisi arvioida projektin onnistuneisuutta. Projektissa hyödynsääjia voi olla kahdenlaisia: *kohderyhmä* ja *välitön kohderyhmä*. Projektissani kohderyhmänä ovat leiko-potilaat ja välittömänä kohderyhmänä leiko-sisääntulomalliin osallistuva henkilökunta. Lopullisen tuotoksen arvioinnissa kohderyhmän mielipide on tärkein. Välitön kohderyhmä toimii lopputuotoksen sekä kohderyhmän välissä. Siksi on tärkeää, että välitön kohderyhmä on tyytyväinen lopulliseen tuotteeseen. (Silfverberg 2007, 36, 38.)

Terveystavoitteiden edistämisen keskus on koonnut neljä kokonaisuutta, jotka arvioivat terveystavoitteiden laadua. Ne ovat *sisältö*, *kieliasu*, *ulkoasu* ja *kokonaisuus*. Hyvä aineisto mahdollistuu siten, että kaikki neljä laatukriteeriä täyttyvät. Nämä neljä pääkriteeriä on jaoteltu vielä pienempiin osaluokkiin. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollongvist 2001, 9-10.) Laadua tulisi arvioida tuotteen käyttäjien näkökulmasta (Jämsä & Manninen 2000, 127). Olen tässä kappaleessa pohtinut tuotteen laadun varmistamista ja arviointia näiden kriteerien avulla.

Sisällön laadua arvioitaessa on huomioitava tuotteen konkreettinen terveystavoite. Tuotteen valmistajan on saatava lukija ymmärtämään, mitä ohjeella halutaan saada aikaan (Paukkunen ym. 2001, 12.) Ohjeen sisällössä on huomioitu sen konkreettinen terveystavoite, joka oli, että leiko-

potilaat tulisivat sairaalaan paremmin valmistautuneina. Ohjeen tarkoituksena oli lisätä potilaiden ymmärrystä leiko-toimintamallia kohtaan, sekä parantaa heidän kykyään suorittaa toimenpidettä edeltävät valmistelut omatoimisesti. Kun potilaat ovat paremmin perillä omasta hoidostaan, heidän valmistautumisensa paranee. Siten voidaan toimenpiteiden siirtymisiä sekä peruuntumisia ehkäistä. Olen ohjeen alussa avannut potilaille käsitettä ”leiko” sekä kertonut toimenpidettä edeltävien valmistelujen tärkeydestä. Ohjeessa on huomautettu, että ohjeiden noudattamatta jättäminen voi johtaa toimenpiteen siirtymiseen tai peruuntumiseen.

Ohjeen sisältöön on syytä kiinnittää huomiota, sillä sen tulisi sisältää tietoa sopiva määrä. Terveystietokannassa tärkeintä eettisesti on se, että informaatio pohjautuu faktoihin. Ohjeen sisältämän tiedon tulisi olla oikeaa, virheetöntä ja ajan tasalla olevaa, koska ohjetta käyttävän on kyettävä luottamaan sen ajankohtaisuuteen. (Torkkola ym. 2002, 14; Wiio & Puska 1993, 23, 27.) Tekijänoikeussopimuksessa annoin OYS:lle oikeudet päivittää ohjeen sisältöä. Parkkusen, Vertion & Koskinen-Ollongvistin (2001, 12) mukaan päivitysajankohta on syytä merkitä ohjeeseen, koska sillä voidaan viestittää tuotteen tietojen ajankohtaisuudesta. Lisäsin ohjeeseen päivityspäivämäärän, koska ohjeen voi tulostaa henkilökunnan Intranetistä ja liikkeellä voi olla useita versioita ohjeesta. Päivityspäivämäärän perusteella voi tarkastaa onko ohje milloin päivitetty, ja onko siitä tuoreempaa versiota tarjolla.

Ohjeesta ei kuitenkaan automaattisesti tee toimivaa se, että tiedot ovat paikkaansa pitäviä. ”Kaikkea ei tarvitse eikä kannata sanoa yhdessä esitteessä.” Sopivan tiedon määrä on ohjekohtainen ja sen sisällön kertyminen muodostuu pitkälti tavoitteiden kautta. Viestinnän vastaanottamiseen voi esimerkiksi vaikuttaa, jos asiaa on liikaa. Tällöin potilas ei pysty käsittelemään kaikkea tietoa. Tieto on ilmaistava yksinkertaisesti ja selkeästi, jolla taataan ohjeiden ymmärtäminen. On suositeltavaa jättää kaikki turha pois ja keskittyä esittämään keskeiset asiat. (Parkkunen ym. 2001, 12.) Ohjeessa tuli huomioida kaikkien potilaiden toimenpidettä edeltävät valmistelut, vaikka leikopotilaat voivat olla hyvin erikuntoisia. Ohjeeseen on muistilistamaisesti listattu toimenpidevalmistelut, jotka koskevat sekä kaikkia että vain joitakin potilaita. Jotta ohjeeseen ei kertyisi liikaa asiaa, on muistilistamaisuudesta pidetty kiinni, ja ohjeessa viitataan aina tarvittaessa lisäohjeisiin.

Ohjeen **kieliasun** on oltava helppolukuista, joka tarkoittaa että kielen rakenne on loogista ja käsitteiden käyttö ihmisläheistä (Parkkunen ym. 2001, 13). Wiio & Puska (1993, 73) toteavat, että vaikeankin tekstin purkamiseen on keinoja. Heidän tekemässään tärkeysjärjestyksessä ne ovat: lääketeieteellisten ja vaikeiden ilmaisujen etsiminen ja kääntäminen (popularisointi), pitkien sekä mut-

kikkaiden lauserakenteiden purkaminen, sisällön havainnollistaminen, samaistumisen ja mielenkiinnon lisääminen sekä ulkoasun muokkaaminen. Jos teksti on hyvin tiivistä ja asiapitoista, sitä on vaikeaa ymmärtää. Lauseiden pituuden tulisi maksimissaan olla 15-20 sanaa. Korkeintaan yhdet sivulauseet ovat sallittavia teksteissä. Verbeissä on parempi käyttää aktiivimuotoja enemmän kuin passiivimuotoa. (Wiio & Puska 1993, 64, 66, 83, 88.) Teksti on hyvin tiivistä, mutta olen pyrkinyt keventämään tekstiä otsikoiden sekä ajatusviivojen avulla. Tekstissä on käytetty yhtä vierasperäistä sanaa: ”antiemboliasukat”, eikä sitä ole ohjeessa avattu jonohoitaja Muholan (11.12.2012, haastattelu) toivosta. Hän katsoi, että jos antiemboliasukat suomennetaan ”laskimotukoksia ehkäisevinä sukkina”, tahtoisivat kaikki potilaat ne, eikä siihen ole resursseja. Olen käyttänyt ohjeessa aktiivimuotoja ja kaikki lauseet ovat alle 20 sanaa. Ohjeessa on kohta, jossa potilaita on pyydetty ilmoittamaan sairastumisesta tai yleistilan muuttumisesta mahdollisimman pian jompaankumpaan kahdesta korva-, nenä- ja kurkkutautien jonohoitajan numerosta, joka palvelevat arkisin, sekä viikonloppuna toimivaan osasto 21:n numeroon. Kyseinen lause on ainoa, jossa käytän kahta sivulauseetta. Muuten kaikissa lauseissa on maksimissaan yksi sivulause.

Tekstin selkeä asettelu ja esillä olo, hyvä kirjasinkoko- sekä tyyppi, ohjeen kontrasti sekä tekstin tehostukset ja kuvitukset kattavat ohjeen **ulkoasun** laatukriteerit. Näillä seikoilla vaikutetaan ohjeen selkeyteen, sillä huono painoasu voi häiritä viestintää. (Parkkunen ym. 2001, 15-18; Wiio & Puska 67.) Tuotetta valmistaessa on otettava huomioon, että organisaatiolla jolle tuote valmistetaan, voi olla omat linjaukset asiasisällön sekä tyylin suhteen. Heillä voi olla hyvin tarkkoja näkökohtia tuotekonseptiin. Jos organisaatiolla on yhtenäinen tyyli ulkoasulle, se on yleensä osa organisaation imagoa. (Jämsä & Manninen 2000, 48-49, 57.) Wiion ja Puskan (1993, 80) mukaan tekstin lukijaa voi auttaa käyttämällä luetteloissa esimerkiksi ranskalaisia viivoja, numeroita tai tähtiä. Näillä tekstin hahmottamista voi helpottaa. Projektissa työmäärääni hieman helpotti, kun päätettiin potilasohjeen valmistamisesta OYS:n omaan potilasohjeformaattiin. Potilasohjeformaattiin on valmiiksi määritellyt tekstin asettelut, kirjasintyyppi- sekä koot, tehostukset, kuvitukset sekä kontrasti. Omalta osaltani sain vaikuttaa ohjeen ulkoasutekijöihin miettimällä otsikot, kappaleiden pituudet sekä jaotteleamalla tekstiä ranskalaisilla viivoja käyttäen.

Terveysviestintään tähtäävässä tuotteessa tulee **kokonaisuutta** arvioida kohderyhmän näkökulmasta. Vaikuttavuuden edellytys on, että tuotteessa on huomioitu vastaanottajan ikä sekä aineiston sopivuus vastaanottajalle. Kohderyhmää ei tulisi aliarvioida aineiston sisällön ymmärtämisessä. Tuotteen tunnelmaan tulee kiinnittää huomiota, sillä pelottelevampi viestintä tehoaa kohderyhmään paremmin kuin myönteinen. (Parkkunen ym. 2001, 18-20.) Vaikeuksia tuottaa kaikille

sopiva asiasisältö voi ilmetä, jos kohderyhmä on varsin laaja, jolloin ongelmaksi voi muotoutua asiasisällön valinta ja määrä. Kun kirjoitetaan potilasohjetta, informaation laatijan tulee asettua vastaanottajan asemaan. Vastaanottajan tiedontarpeen huomioimisen lisäksi on tosiasioihin perustuva sisältö pyrittävä kertomaan täsmällisesti ja ymmärrettävästi. Ohjeen ydinajatuksista selkeyttää tekstin hyvä jäsentely, sillä tekstin tulisi aueta lukijalle ensilukemalla. (Jämsä & Manninen 2000, 54-56.)

Ohjeen valmistuksessa huomioin, että ohjeen kohderyhmänä ovat aikuiset leiko-potilaat. Ohjetta voivat hyödyntää myös heidän omaiset sekä avustajat. Kohderyhmän huomioidakseni, päädyin käyttämään ohjeessa teitittely-muotoa. Ohjeessa on käytetty käskeviä verbimuotoja, OYS:ssa työskentelevien asiantuntijoiden kokemusten perusteella. OYS:n asiantuntijoiden mielestä pelotelevampi viestintä tehoaa kehottamista paremmin potilaisiin. Ohjeen alussa on lihavoitu lause: ”Lukekaa kaikki teille annetut ohjeet huolellisesti, sillä ohjeiden noudattamatta jättäminen johtaa toimenpiteen siirtymiseen tai peruuntumiseen.”

4.2 Ohjeen sisällön suunnittelu ja toteutus

Jos projekti valmistetaan pelkän asiantuntijapalautteen pohjalta, voi lopputulos jäädä varsinaiselle kohderyhmälle etäiseksi. Toisaalta hyödynsaajien kannalta työstetyssä projektissa voi lopputulos olla rakenteeltaan huono ja epärealistinen. Ideaalisin lopputulos saadaan, kun yhdistetään sekä hyödynsaajien että sidosryhmien tarpeet. Projektissa tulee tehdä taustaselvitys, jolla kartoitetaan tarpeiden lisäksi toimintaympäristö, johon projektia luodaan. (Silfverberg 2007, 17-18.)

Ylihoitaja Arvola huomioi, projektin nopean aikataulun sekä siihen varatun työmäärän, jonka vuoksi päädyimme jättämään potilaiden haastattelemisen pois projektistani. Ohjetta valmistaessa haastattelin vain korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-potilaiden hoitoon osallistuvia henkilökunnan jäseniä. Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko-potilaille ei ollut leiko-toimintamallista yhtenevää ohjetta. Jonohoitaja Muhola (11.12.2012, haastattelu) kertoi, että korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla työskentelevä hoitaja oli yrittänyt valmistaa ohjetta, mutta hänen osaltaan projekti oli kaatunut ajan puutteeseen.

Perehdyin projektin suunnitteluvaiheessa ensimmäisenä leiko-toimintamalliin, jonka pohjalta loin käsityksen leiko-potilaiden hoitopolusta. Teoriatiedon pohjalta oli kuitenkin vaikea omaksua hoitopolku täydellisesti. Tutustuessani leiko-aineistoon keräsin ylös minulle epäselväksi jääneitä asioi-

ta. Kun ymmärsin hyvin leiko-toimintamallin, aloin perehtymään leiko-potilaille tehtyihin mielipidetutkimuksiin. Niihin tutustumalla yritin korvata omasta projektistani puuttunutta kohderyhmän haastattelua. Tutustuin viiteen tutkimukseen, joissa leiko-potilaiden mielipiteitä oli kartoitettu sekä kvalitatiivisesti (laadullisesti) että kvantitatiivisesti (määrällisesti). Tutkimuksista keräsin ylös potilaiden mielipiteitä leiko-toimintamallista: mitä potilaat kokivat hyväksi sekä huonoksi sekä kokivatko he ohjeista puuttuvan jotakin. Esille tulleiden asioiden pohjalta tein listan, mitä minun tulisi huomioida valmistamassani ohjeessa.

Haastattelin neljää sairaanhoitajaa ja kahta lääkäriä, jotka osallistuvat leiko-potilaiden hoitoon. Ensimmäisenä haastattelin kahta sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät sekä osastolla 21 että leiko-hoitajina. Heiltä tarkistin teoretiedon, jota olin koonnut leiko-toimintamallista. Näytin heille ohjeesta tekemäni suunnitelman. Toisena haastattelin korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäreitä. Häneltä kysyin mitä esteitä leiko-potilaana ololle on sekä tarkempia tietoja hoidonvarauslomakkeen täyttämisestä. Ohjeen sisältöön ei tullut muutoksia hänen haastattelemisen jälkeen. Myöhemmin saman päivän aikana haastattelin vielä erikseen jonohoitajaa sekä anestesiologian erikoislääkäreitä. Olin molemmille lähettänyt leiko-hoitajien haastattelujen pohjalta tekemäni korjatun ohjeen. Jonohoitaja oli perehtynyt ohjeeseen hyvin ja kävimme ohjeen kohta kohdalta läpi. Häneltä tuli paljon korjauksia ohjeen kielelliseen asuun sekä järjestykseen. Anestesiologian erikoislääkäri tarkisti sisältöä, jota olin ohjeeseeni luonut, sekä sen paikkaansa pitävyyttä. Kertasimme anestesiologian lääkärin osuutta leiko-potilaiden hoidossa. Häneltä tulleiden kommenttien pohjalta minulle selkeni lisätutkimuksia vaativien potilaiden hoitopolku.

Ohjeen suunnitelmaan olin koonnut mielipidekyselyistä esille nousseita asioista. Jotkin niistä, herättivät pohdintaa haastattelemissani asiantuntijoissa, koska eivät olleet ajatelleet niiden olevan potilaille oleellisia. He kokivat kuitenkin ne hyviksi asioiksi, jotka tulisi liittää ohjeeseen. Yksi asia oli esimerkiksi vaatetuksen huomioiminen potilaiden saapuessa sairaalaan.

Useassa opinnäytetyössä tulee esille leiko-potilaiden tyytymättömyys potilasohjeisiin, jotka oli koettu epäselviksi (Kauppinen & Räsänen 2010; Yli-Hauta 2011; Jokelainen & Karppinen 2012; Paavilainen & Pöntinen 2012). Jokelaisen & Karppisen (2012) tyytyväisyyskyselyissä ilmeni, että muutama potilas olisi tarvinnut enemmän tietoa ravinnosta olost. Osalla potilaista oli ollut vaikeuksia ymmärtää miten toimia leikkausaamuna ja he olisivat kaivanneet enemmän tietoa siitä (Kauppinen & Räsänen 2010; Yli-Hauta 2011; Jokelainen & Karppinen 2012). Paavilaisen ja Pöntisen (2012) haastatteluissa kävi ilmi, että potilailla oli ollut vaikeuksia tulkita kirjallisia ohjeita sekä

ettei niitä ollut ymmärretty oikein. Potilailla oli myös sattunut unohduksia valmisteluissa, tai he eivät olleet ymmärtäneet, että jonkin asian noudattaminen voi muodostua esteeksi toimenpiteelle. Samassa haastattelussa nuoret leiko-potilaat ilmaisivat ohjeiden olleen sekavat. Tämän kirjoittajat katsoivat johtuneen siitä, että useimmat ohjeistuksista koskettivat ikääntyneitä. Nuorille oli ollut epäselvää mitkä valmisteluista koskivat heitä. Yli-Haudan (2011) kyselyssä tuli esille potilaiden epäselvyys laboratoriotutkimuksia kohtaan. Myös Jokelaisen & Karppisen (2012) kyselylomakkeissa nousi esiin epäselvyys laboratorionkäyntejä sekä mahdollista preoperatiivista tarkastusta kohtaan.

Useassa leiko-potilaiden mielipidekyselyssä käy ilmi, että leiko-potilaat ovat kiinnostuneita saamaan enemmän tietoa aikatauluista sekä omaisten vierailuajoista (Kauppinen & Räsänen 2010; Yli-Hauta 2011; Paavilainen & Pöntinen 2012; Lehto & Lehtonen 2012; Jokelainen & Karppinen 2012). Paavilaisen ja Pöntisen (2012) haastatteluissa selvisi, että potilaat pitivät leikkausta edeltävää puhelua tärkeänä. Aikataulujen selviämisen lisäksi potilaat kokivat tärkeäksi mahdollisuudesta kysyä hoitajalta kysymyksiä toimenpiteestä, tietoa leikkauspäivän tapahtumista, sairaalassaoloajasta sekä tietää leikkaavan lääkärin nimen. Yli-Haudan (2011) kyselylomakkeissa oli ilmennyt potilaiden halukkuus tietää pääpiirteittäin leikkauksen jälkeisistä rajoituksista.

Potilaat olivat kokeneet vaikeutta löytää leiko-tiloihin leikkauspäivänä ja olisivat kaivanneet siihen parempaa ohjeistusta (Kauppinen & Räsänen 2010; Yli-Hauta 2011; Lehto & Lehtonen 2012). Kauppinen ja Räsänen (2010) kyselyssä potilaille oli ollut epäselvää, mitä osastolle saa ottaa sekä kannattaa ottaa mukaan ja miten tulee pukeutua. Yli-Haudan (2011) kyselyssä ilmeni, ettei potilailla ollut selvyyttä mihin leikkausaamuna tulee saapua ja mitä leiko-tiloissa tapahtuu. Leiko-potilaiden tyytyväisyyttä määrittävissä tutkimuksissa ja haastatteluissa nousi eteen potilaiden riittämätön tieto postoperatiivisesta hoidostaan (Kauppinen & Räsänen 2010; Yli-Hauta 2011; Lehto & Lehtonen 2012; Jokelainen & Karppinen 2012). Yli-Haudan (2011) sekä Jokelaisen & Karppisen (2012) teettämässä kyselyissä usealla potilaalla oli ollut epäselvyyttä mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Ohjeiden saaminen etukäteen antaa potilaalle sekä omaisille mahdollisuuden tutustua rauhassa etukäteen niihin. Ohjeet antavat potilaille mahdollisuuden miettiä kysymyksiä toimintoihin sekä hoitoon liittyen. Etukäteen lähetetyt tiedot auttavat potilaita orientoitumaan hoitoonsa, sekä auttavat heitä ennakoimaan tulevaa. Kuitenkin aina, kun potilasta ohjeistetaan toimimaan tietyllä lailla, on välttämätöntä että ohjeessa ilmaistava selkeästi yhteystiedot. Yhteystietojen yhteydessä on

mainittava potilaan mahdollisuus ottaa epäselvissä tilanteissa, tai kysymysten ilmaantuessa, yhteyttä sairaalaan. Jos potilaan on erityisen tärkeää noudattaa ohjetta ennen toimenpidettä, on syytä lisätä erikseen otsikko jossa on kehoitus epäselvissä tilanteissa ottamaan yhteyttä sairaalaan. Yhteystiedot lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. Potilaille annetut ohjeistukset on syytä kirjata tarkasti hoitosuunnitelmaan, siltä varalta jos potilas soittaa epäselvissä tilanteissa. (Torkkola ym. 2002, 25, 29, 33, 44.)

4.3 Ohjeen viimeistely ja käyttöönotto

Projektin päättämisessä on oleellista, että tilaajataho on sitoutunut hyödyntämään projektin lopputuotosta sekä ylläpitämään sitä. Tuotannollisissa projekteissa on tarkasteltava sen kannattavuutta käyttö- ja kunnossapitokustannuksia kannalta. (Silfverberg 2007, 29.)

Kaikkien haastattelujen jälkeen lähetin ohjeen vielä kertaalleen haastattelemilleni asiantuntijoille. Kun ohjeeseen ei tullut enää korjattavaa, koulumme suomen kielen opettaja Ulla Paukkunen tarkasti ohjeen kielen. Kielentarkastuksen jälkeen näytin ensimmäisen kerran ohjetta omaisilleni. He kokivat ohjeen selkeäksi, joten annoin asiantuntijoille vielä mahdollisuuden antaa palautetta. Palautetta ohjeeseen ei enää tullut, joten lähetin työn ylihoitaja Arvolalle. Hän pyysi minua toimittamaan ohje tarkastettavaksi OYS:n laatuvaastaava Hannele Huhtalalle. Ohjeen viimeistely käynnistyi, kun lähetin ohjeen laadun tarkastamista ja OYS:n tietokantaan siirtämistä varten laatuvaastaava Hannele Huhtalalle. Hän otti minuun yhteyttä ja kertoi tarkastavansa ohjeen vielä yhdessä leiko-hoitajien kanssa. Siihen tuli vielä muutoksia, kun järjestystä päädyttiin vaihtamaan sekä osikoita muuttamaan. Ohjeessa yhteystiedot siirrettiin ohjeen alkuun. Laatuvaastaava Huhtala huolehti muutosten jälkeen ohjeen siirtämisestä potilasohjeformaattiin sekä ohjeesta tiedottamisesta korva-, nenä- ja kurkkutautien leiko- ja jonohoitajille.

Tekijänoikeussopimus suojaa tuotteen muotoa, mutta suojan ulkopuolelle jäävät ohjeen perusidea, aihe sekä motiivi (Haarman 1999, 54-55, 75, 211; Jämsä & Manninen 2000, 99). Fyysisen muodon eli teoksen aineellistaminen tarkoittaa, että teoksesta valmistetaan kappaleita, jolloin muutkin voivat tutustua siihen katselemalla ja lukemalla. **Isyysoikeudeksi** kutsutaan tekijän oikeutta tulla mainituksi teoskappaleissa, kun teos saatetaan yleisön saataville. (Haarman 1999, 88, 103-104, 106.) Tekijänoikeussopimus kattaa teoksen taloudelliset sekä moraaliset oikeudet. Tekijänoikeudet voi luovuttaa *kokonaan* tai *osittain*. **Kokonaisluovutuksessa** tekijä menettää kaikki taloudelliset yksinoikeudet teokseensa nähden. Tähän kuitenkin sisältyvät moraalisen oikeuden

rajoitukset. Vaikka tekijä luovuttaisi teoksen taloudelliset oikeudet toiselle, moraaliset oikeudet ovat periaatteessa luovuttamattomia. **Osittain luovutuksessa** teoksen liittyvät oikeudet viipaloitetaan, jolloin sopimuksessa on selkeästi ilmoitettava mitkä oikeudet säilyvät tekijällä ja mitkä siirtyvät kustantajalle. Vaikka taloudelliset oikeudet ovat toisella kuin teoksen tekijällä, alkuperäistekijällä on määräämisvalta teokseensa. Tämä tarkoittaa sitä, ettei teosta saa kääntää tai muuttaa ilman tekijän suostumusta. *Vapaa hyväksikäyttöoikeus* tarkoittaa, että teosta saa käyttää hyväksi ilman, että tekijältä tarvitaan erillistä lupaa. (Haarman 1999, 85, 87, 103, 117, 214-216; Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404 27§.)

Tekijänoikeussopimus oli tehty ohjeen suunnitteluvaiheessa, mutta sopimus astui voimaan ohjeen valmistuttua. Luovutin teoksen oikeudet osittain Oulun yliopistolliselle sairaalalle. Oulun yliopistollinen sairaala sai vapaan hyväksikäyttöoikeuden teokseen sekä teoksen taloudelliset oikeudet. Oulun yliopistollisella sairaalalla on siis oikeus valmistaa teoksesta useampia kappaleita sekä levittää niitä Oulun yliopistollisen sairaalan sisällä. Minulta ei tarvitse kysyä erillistä lupaa teoksen valmistamiseen ja levittämiseen. Terveysviestinnässä tulee huomioida, että tutkittu tieto voi muuttua (Wiio & Puska 1993, 26). Siksi annoin Oulun yliopistolliselle sairaalalle oikeuden muokata tekstin sisältöä. Pidän isyysoikeuteni, joten teoksessa on oltava esillä minun nimeni.

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin aikana tuli kerätä työstä esi-, väli- sekä loppuarviointi, jotta tuotoksen laatua voi arvioida projektin edetessä. Hyödynsaajien näkökannan tulisi määrittää haluttu muutos ja lopputulos, joka projektilla halutaan saada aikaan. Suunnitteluvaiheessa projekti rajataan, kerätään perustieto sekä määritellään sidosryhmien suhde projektiin. (Silfverberg 2007, 5, 14, 48.) On syytä ottaa huomioon sekä asiakkaiden että henkilökunnan näkökannat suunnittelussa. Näin varmistetaan, että tuotteen asiasisältö vastaa tavoitteita ja on käyttökelpoinen. (Jämsä & Manninen 2000, 45, 48.)

5.1 Projektityöskentelyn arviointi

Olen jakanut projektini viiteen eri päävaiheeseen, jotka ovat ideointivaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen, tuotteen arviointi sekä tuotteen viimeistely ja päättäminen. Aloitin projektin tekemisen elokuussa 2012 ja tarkoitukseni oli päättää työ viimeistään helmikuussa 2013. Nopeasta aikataulusta johtuen projektin usea vaihe meni lomittain toistensa kanssa. En varsinaisesti pitänyt taukoja projektiani tehdessä, mikä välillä kuormitti työskentelyäni. Liitteessä 1 olen merkinnyt työni etenemisen sekä eri vaiheisiin käytetyn ajan.

Mielenkiintoni projektin tilaajatahoa kohtaan sekä työhistoriani tekivät aiheen valinnasta helppoa. Aiheen rajaaminen osoittautui ajateltua vaikeammaksi, sillä leiko-sisääntulomallin kautta saapuvat potilaat voivat olla hyvin erikuntoisia ja vaatia hyvin erilaisia ennakkovalmisteluja. Projektin aiheen rajaamista helpotti se, että projektin aihe on suhteellisen tuore ja vain Suomessa tiettävästi toiminnassa oleva käytäntö. Uuden toimintamallin tiedonhakemiseen liittyi kuitenkin ongelmia, sillä useissa lähteissä tekstin alkuperäinen kirjoittaja oli sama. Monet lähteet kiersivät kehää ja uusimmissa artikkeleissa lainattiin aina uudelleen samoja tekstejä. Kävin tiedonhaun ohjauksessa koulullamme projektin luonnosteluvaiheessa. Tavoitteenani oli löytää ulkomaisia lähteitä, joissa kuvattaisiin leiko-toimintamallin kaltaista hoitopolkua muissa maissa. Ohjattu tiedonhaku ei valitettavasti tuonut minulle kansainvälisiä lähteitä eikä uusia lähteitä leiko-toimintamallista.

Aiheen valinta käynnistyi elokuussa 2012, kun otin yhteyttä OYS:n operatiivisen tulossyksikön pää- ja kaulan alueen sairauksien vastualueen ylihoitaja Arvolaan. Ideoimme yhdessä ylihoitaja Arvolan kanssa ohjetta ja sopivia työskentelymalleja minulle. Päädyimme jättämään potilailta kestävästi mielipidekyselyn pois, vaikka tiedostimme sen heikentävän projektin laatua. Tulimme sii-

hen lopputulokseen, sillä työmäärää oli rajattava, koska työskentelen yksin sekä valmistumiseni takia nopeassa aikataulussa.

Aloitin viitekehyksen sekä projektisuunnitelman kirjoittamisen elokuussa 2012. Viitekehyksen kirjoittaminen tuntui mielekkäältä, mutta ajoittain raskaalta laajan kohderyhmän vuoksi. Kokosin viitekehysteni valmistavaan seminaariin, josta sain sisällön ohjaajaltani hyvää palautetta. Koin projektisuunnitelman kirjoittamisen projektin haastavimmaksi vaiheeksi. Silloin oli epäselvyyttä kuka toimii projektini metodiohjaajana, joten ohjausta oli vaikeaa saada. Projektiani kuormitti myös vaikeus saada kirjallisuutta projektityöskentelystä sekä muut opinnot. Projektisuunnitelmaa työstäessäni projektin aikataulu viivästyi hieman, enkä saanut kirjoitettua yhteistyösopimuksia Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa niin nopeaa kuin olisin toivonut. Sain sekä viitekehyksen että projektisuunnitelman valmiiksi marraskuussa 2012. Esitin projektisuunnitelman SOTEWA-ryhmässä joulukuussa 2012.

Perehdyin projektini aikana mielipidekyselyihin, joissa mitattiin leiko-potilaiden kokemaa mielenkyyttä leiko-sisääntulomallia kohtaan. Kyselyitä lukiessani kirjasin ylös erityisesti palautteita, joita potilaat olivat antaneet leiko-ohjeita kohtaan. Haastattelin projektin OYS:n asiantuntijoita ja kartoitin heidän toiveitaan ohjeen suhteen. Lisäksi tarkistin haastattelujen avulla kirjallisuudesta keräämäni materiaalin paikkaansa pitävyyttä. Haastattelin asiantuntijat sekä lähipiiriäni joulukuussa 2012. Haastattelujen koin olevani projektin selkein osuus, sillä ohje muodostui luonnollisesti saatujen palautteiden ja korjausehdotusten avulla.

Loppuraportin kirjoittamisen aloitin marraskuussa 2012. Kirjoitin loppuraporttia yhtä aikaa valmistavan seminaarin sekä projektisuunnitelman kanssa. Loppuraporttia kirjoittaessani viimeistelin potilasohjetta samaan aikaan. Koin loppuraportin kirjoittamisen haastavaksi, sillä minun oli tehtävä sitä yhtä aikaa töiden kanssa. Kun olin korjannut ohjetta haastatteluissa nousseiden asioiden pohjalta, lähetin työn suomen kielen opettaja Paukkuselle. Korjaukset tehtyäni toimitin ohjeen vielä kerran OYS:n asiantuntijaryhmälle. Ohjeesta ei tullut enää korjauksia, joten oletin ohjeen olevan valmis. Lähetin työn laatuvaava Huhtalalle, jonka kanssa tein yhteistyötä leiko-hoitajien kanssa, ja ohjetta korjattiin vielä. Joulun aika hidasti ohjeen tarkastamista, sillä haastatteleistani asiantuntijoista usea oli lomalla. Sain ohjeen valmiiksi tammikuun 2013 puolessavälissä ja palautin loppuraportin tammikuun 2013 lopussa.

Kuten olimme sopineet ylihoitaja Arvolan kanssa, en kerännyt potilailta mielipidekyselyä ohjeesta. Uskon kuitenkin, että asiantuntijoiden sekä lähipiirini antama tuki antoivat ohjeelle riittävät valmiudet. Potilasohjeen valmistus päättyi tammikuussa 2013 ja koko projektin päätin, kun loppuraportti hyväksyttiin helmikuussa 2013.

5.2 Ohjeen arviointi

Ohjetta valmistaessani pidin koko ajan mielessä projektille määritetyt tavoitteet. Tilaajan kanssa määritimme tavoitteet yhdessä, jotta ohje olisi helppolukuinen ja ymmärrettävä, sisällöltään tiivis sekä etenemiseltään looginen. Pohdin tavoitteita Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kokoamien laatukriteerien pohjalta, jotka olivat *sisältö*, *kieliasu*, *ulkoasu* ja *kokonaisuus*. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollongvist 2001, 9-10.) Mielestäni hyvä perehtymiseni leiko-toimintamalliin sekä useaan leiko-potilaisiin kohdistuvaan mielipidekyselyyn paneutuminen välittyi työssäni. Hyvä sisäistäminen leiko-toimintamallista auttoi minua luomaan käsitykseni leiko-potilaiden hoitopolusta mikä edesauttoi minua luonnostelemaan ohjeen sisällön. Koska en haastatellut potilaita, oli leiko-potilaiden mielipidettä mittaaviin tutkimuksiin perehtyminen ensiarvoisen tärkeää. Mielestäni analysoin potilaiden mielipidettä mittaavat tutkimukset hyvin, ja otin kyselyissä ilmenneet asiat huomioon ohjetta valmistaessani. OYS:n asiantuntijahaastattelussa toin ilmi mielipidetutkimuksissa ohjeen kannalta esiinnousseita toiveita, joita henkilökuntaan kuuluvat pitivät hyvinä.

Mielestäni ohjeesta tuli sisällöltään selkeä, helppolukuinen sekä johdonmukainen, koska sisältö oli järjestetty aikajärjestykseen. Sisällytin ohjeeseen oleelliset asiat potilaita koskien, sillä tiedon määrän on oltava sopivaa ohjeessa. Ohje ei mielestäni kuormita lukijaa. Ohjeen sisällön etenemisjärjestys on hoitopolun mukainen, joka tuo tekstiin hahmottamiseen loogisuutta. Ohjeen on tarkoitus avata käsitettä ”leiko” sekä koota kaikki ohjeet yhteen, joita leiko-potilaana voi saada. Eniten sisällön kanssa auttoivat OYS:n asiantuntijat. Heillä oli selkeä käsitys leiko-potilaiden hoitopolusta sekä niistä epäselvyyksistä, joita leiko-potilailla oli ollut leiko-toimintamallia kohtaan. Lähipiirini mielestä ohje oli looginen, selkeä sekä ymmärrettävä, vaikkei kukaan heistä ole mennyt toimenpiteeseen leiko-toimintamallin kautta. Näytin ohjetta lähipiirilleni vasta suomen kielen opettajan tarkastuksen jälkeen. Kun en kertonut heille projektin aikana työstäni, kun en johdatellut heitä etukäteen, sain mielestäni rehellisemmän vastauksen heiltä ohjeen sisällöstä.

Kielenkäytössä huomioin kohderyhmän. Pyrin välttämään ammattisanojen käyttämistä, sekä avaamaan epäselviä sanoja. Äidinkielen opettajan mielestä ohje oli selkeä, eikä siinä ollut kie-

liopillisesti paljota korjattavaa. Kieliasuna olin aluksi käyttänyt ehdottelevampia sanamuotoja, mutta OYS:n hoitohenkilökunnan mielestä ne oli syytä muuttaa käskevämpiin sanamuotoihin. Syynä tähän oli se etteivät potilaat noudata ohjeita tunnollisesti mikäli heitä kehoitetaan tekemään jotakin. Ulkonäöllisesti ohje on yhtenevä muiden OYS:n ohjeiden kanssa, sillä se on valmistettu OYS:n potilasohjeformaattiin. Mielestäni jäsentelin tekstiä hyvin pääotsikoilla sekä väliotsikoilla, jotka auttoivat selkeyttämään ohjetta.

Saavutin **tulostavoitteeni** valmistamalla kokonaan uuden ohjeen. Ohje antaa tietoa leikopotilaille sekä heidän omaisilleen leiko-sisääntulomallista sekä siihen valmistautumisesta. Ohje kohdistettiin kaikille korvan, nenän ja kurkun alueen sairauksien leiko-sisääntulomallin kautta saapuville potilaille. Korva-, nenä- ja kurkkusairauksien tulosyksikön jonohoitajat ottivat ohjeen käyttöön ja he lähettävät sen kutsukirjeen mukana leiko-potilaille kirjeitse kotiin. Projektin **toiminnallista tavoitetta** en pysty arvioimaan, sillä projektini loppui luovutettunani ohjeen Oulun yliopistollisen sairaalan käyttöön. Uskon kuitenkin saavani palautetta siitä miten ohje toimi, sillä työskentelen pään- ja kaulan alueen tulosyksikössä.

Opinnäytetyötä tehdessä omaksin monta **oppimistavoitetta**, jotka olin asettanut itselleni projektin alussa. Kasvoin projektin edetessä sairaanhoitajan ammattia kohti. Opin kattavasti projektityöskentelystä sekä yhteistyön tekemisestä. Sain taitoja laatia potilasohjetta sekä opin soveltaamaan käytännön tietoa että tutkittua tietoa valmistaessani ohjetta. Pääsin perehtymään leiko-toimintamalliin, johon varmasti tulen törmäämään tulevassa ammatissani. Leiko-toimintamalliin perehtyminen auttaa minua työssäni ohjata sekä antaa tietoa potilaille kirurgisen potilaan hoitopolusta.

5.3 Riskien hallinnan ja projektibudjetin arviointi

Projektiin liittyy aina riskejä. Riski voidaan käsittää tapahtumana, jonka seurauksena projektin aikataulu myöhästyy. Siksi riskin katsotaan olevan odottamatonta. Mahdolliset riskit tulisi tunnistaa, arvioida ja sijoittaa tärkeysjärjestykseen. Eniten projektiin vaikuttavien riskien varalle tulisi tehdä suunnitelma niiden ehkäisemiseksi. (Karlsson & Marttala 2001, 125-132.) Riskit voidaan jakaa **ulkoisiin** sekä **sisäisiin** riskeihin. Ulkoiset riskit ovat projektin ulkopuolelta tulevia ja siksi niitä voi olla vaikeampi ennustaa. Sisäiset riskit liittyvät projektin toteuttamiseen ja siksi niitä on helpompi ennaltaehkäistä hyvällä suunnittelulla ja ennakkoinnilla. (Silfverberg 2007, 32.)

Projektissa, jonka lähtökohtana on uuden luominen, ei voida tarkastella aiempaa tuotosta ja pohjata sen pohjalta virheitä. Suurimmat riskit projektissa olivat sisäisiä riskejä. Projektissani suurin riski oli se, että valmistuttuaan tuote ei vastaisi kohderyhmän tarpeita tai tilaajatahon odotuksia. Projektin kannalta toiseksi suurin riski oli yksin työskenteleminen, nopea aikataulu ja siitä johtuneet projektin viivästymiset. Valmistumiseni kannalta oli tärkeää pysyä tiukassa aikataulussa. Pyrin hallitsemaan riskiä uupumisesta sekä kiirehtimisestä tekemällä työtä mahdollisimman tasaista tahtia. Hyvä yhteistyö eri tahojen kanssa ehkäisi omalta osaltaan projektin aikataulun pitkittymistä. Pitkittymistä olisi voinut seurata, jos projektin tekijällä, tilaajalla ja käyttäjillä olisi ollut erilaiset käsitykset lopputuloksen laadullisista tavoitteista. (Ruuska 2006, 37; Silfverberg 2007, 21, 23-24.)

Tuotteen tulee olla hinnoiteltavissa, koska projektin resurssit määräävät projektin tavoitteet, laajuuden sekä aikataulun (Jämsä & Manninen 2000, 13, 86). Hinnoittelemalla tarvittavat panokset, voi laskea kustannusarvion. Periaatteena kustannusarvion laskemisessa on, että tärkeimmät kulu-erät kartoitetaan. (Silfverberg 2007, 45.) Henkilöstö- ja asiantuntijakulut aiheuttivat eniten kustannuksia **projektin budjettiin**. Oman työmääräni olen projektissa laskenut olevan 405 tuntia. Lehtoreiden kustannuksiin olen laskenut kahden ohjaavan opettajan käyttämän ajan projektin eri vaiheissa. Opettajien projektiin käyttämän tuntimäärän olen arvioinut olevan 30 tuntia. Kielten opettajien projektiin käyttämän ajan arvioin olevan viisi tuntia. Vertaisarvioijien kustannuksiin olen laskenut heidän käyttämänsä ajat raporttien lukemiseen, arvioimiseen, palautteiden antoon sekä heidän läsnäolonsa esitystilanteissa. Olen arvioinut eri vaiheiden sitovan 10 tuntia heidän ajastaan. Sairaanhoitajien palkoissa olen ottanut huomioon jonohoitajan sekä leiko-toimintamalliin perehtyneiden sairaanhoitajien Sari Soppelan ja Maria Ojan ajankäytön tässä projektissa. Olen varannut heille jokaiselle kolme tuntia aikaa kokouksiin, ohjeen lukemiseen sekä arviointiin. Olen pitänyt yhteensä tunnin verran palaverieita ylihoitaja Arvolan kanssa. Varasin hänelle tapaamisia varten kaksi tuntia aikaa perehtyä sopimuksiin sekä projektisuunnitelmaan. Lääkäreiden kustannuksiin olen sisällyttänyt ohjeen lukemisen, arvioinnin sekä ajatusten vaihdon. Tähän olen varannut aikaa molemmille tunnin. Ohjeen Intranettiin asentamiseen meni aikaa tunti, jonka laskin sen sairaanhoitajan palkkaan pohjautuen.

Minulle ei tullut koitumaan projektista suoranaisesti suuria kustannuksia. Välillisiä kustannuksia tuli mustekustannuksista, kun kokeilin ohjeen ulkomuotoa tulostaessa. Näistä kustannuksista vastasin tuotteen kehittämisvaiheessa itse. Tein ohjeen OYS:n intranettiin sopivaksi ja työni valmistuttua sovimme OYS:n vastaavan ohjeen kustannuskuluista. Vastaan itse opinnäytetyön sidonta-kustannuksista.

6 POHDINTA

Aiheen valintaan vaikutti kiinnostukseni pää- ja kaulan alueen tulosityksikköä kohtaan. Tämän opinnäytetyöni myötä pääsin perehtymään leiko-sisääntulomalliin, ja erityisesti korva-, nenä- ja kurkkutautipotilaiden hoitopolkuun, projektityöskentelyyn sekä ohjeen valmistamiseen. Käytin työni eri vaiheissa laajasti kirjallisuutta sekä perehdyin tutkimuksiin kattavasti mielipidetutkimuksiin, jotka koskivat leiko-sisääntulomallia. Projektin aikana työskentelin eri yhteistyötahojen kanssa, jotka kehittivät työn edetessä. Nämä kaikki kasvattivat ammatillista kehittymistäni.

Olen perehtynyt projektini aiheeseen mielestäni hyvin ja kokenut sen mielenkiintoiseksi. Minusta tuntui luonnolliselta tehdä projektiani juuri korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalle, sillä työskentelen siellä. Samaan aikaan töissä käyminen kuitenkin teki opinnäytetyön kirjoittamisesta haastavaa. Haastavuutta ei vähentänyt nopea aikatauluni, mikä oli oleellista valmistumiseni kannalta.

Koen yksin työskentelemisen olleen sekä etu että haitta. Etenin nopealla aikataululla, mikä sopi minulle, sillä opintoni olivat opinnäytetyötäni aloittaessa loppuvaiheessa. Töiden vuoksi aikataulun yhteensovittaminen olisi voinut tuntua mahdottomalta työskennellessä muiden kanssa. Yksin työskentelyn suurin haitta oli se, ettei kukaan muu ohjaavien opettajien ja opponoiden lisäksi tarkastanut työtäni. Hankalat kohdat työssäni tuntuivat välillä ylitsepääsemättömiltä, kun ei ollut toista, joka olisi sanonut mielipiteensä ohjeesta. Työmääräni helpotti se, että OYS halusi asentaa ohjeen heidän valmiiseen potilasohjeformaattiin, jolloin minun ei tarvinnut kovasti miettiä ulkoasua.

Tein opinnäytetyötäni tiiviissä tahdissa elokuusta 2012 lähtien, jolloin sain aiheen. Nopean aikataulun takia jouduin kirjoittamaan valmistavaa seminaaria, projektisuunnitelmaa sekä loppuraporttia päällekkäin. Työni viivästyi, kun projektisuunnitelman hyväksyttiin vasta joulukuussa 2012. Sen seurauksena kirjoitin yhteistyösopimuksen Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa vasta joulukuun alussa. Olimme sopineet ylihoitaja Arvolan kanssani ohjeen valmistumisen takarajaksi joulun, mutta sain ohjeeni valmiiksi vasta tammikuussa 2013. Olin kirjoittanut niin intensiivisesti opinnäytetyöni raportti osuuksia, että välillä meinasin unohtaa, että minun tulisi valmistaa projektiani varsinainen tuote.

Ohjetta valmistaessani projektin suurimpana riskinä oli, ettei ohje olisi potilaille ymmärrettävä. Tiedostin tämän ja siksi pyrin perehtymään mahdollisimman hyvin aiheeseen sekä aiempiin tutkimuksiin, jotka mittasivat leiko-potilaiden mielipidettä leiko-sisääntulomallista. Lisäksi pyrin hyödyntämään lähipiiriäni ohjeen oikolukemisessa. Tiedostan sen, että leiko-potilaiden mielipiteen kuulumattomuus laskee työni luotettavuutta. Varsinkin työn alussa leiko-potilaiden puuttuminen projektista vaivasi minua. Työn edetessä kuitenkin ymmärsin, ettei minulla olisi ollut mahdollisuutta yksin työskennellessä hallita niin suurta kokonaisuutta. Opinnäytetyön resurssien puitteissa en olisi mitenkään voinut valmistaa ohjetta alusta alkaen uusiksi sekä lisäksi vielä kerätä potilailta tyytyväisyyskyselyä. Jatkotutkimuksena voisikin olla kysely, jossa mitattaisiin Oulun yliopistollisen sairaalan leiko-potilaiden kokemaa mielekkyyttä leiko-sisääntulomallia kohtaan.

Välillä työn tekeminen oli hankalaa myös aineiston hakemisen kohdalla. Leiko-käsitteenä on uusi, joten materiaalia ei ollut paljon. Sen sijaan kaikki vähäisetkin lähteet lainasivat toinen toisiaan, joten välillä oli vaikeaa löytää mikä on ollut alkuperäinen lähde. Englanninkielinen aineisto jäi vähälle, koska leiko-toimintamallia ei tunnusteta muualla maailmassa tiettävästi. Toisaalta taas tiedonhakua vaikeutti leiko-potilaiden laajuus. Oli haastavaa kasata yhtenäistä aineistoa niin laajalle ja erilaisia preoperatiivisia valmisteluja tekevälle potilasryhmälle. Paransin työni luotettavuutta käymällä läpi digitaaliset lähteeni vielä ennen työni lähettämistä. Kahta lähdettä ei enää löytynyt, mutta käytin niitä loppuraportissani. Niiden kahden lähteen hakupäivä on aikaisempi kuin muiden digitaalisten lähteiden.

Koen opinnäytetyön tekemisen kasvattaneen ammatillisuuttani paljon. Sain perehtyä syvällisesti leiko-toimintamalliin, jonka mukaan tulevaisuudessa on kaikkien potilaiden tarkoitus saada sairaalaan elektiivisissä- sekä vihreän linjan päivystystoimenpiteissä. Leiko-toimintamallin myötä perehdyin syvällisemmin potilaiden hoitopolkuun, sekä eri hoitovaiheiden henkilökunnan työn kuvaan. Haastattelujen myötä kehityin yhteistyötaitoissani. En ole koskaan aiemmin tehnyt näin isoa työtä, joten koen kasvattaneen ammatillisuuden lisäksi itseäni. Työn edetessä jouduin punnitsemaan omien menojeni tärkeyttä sekä järjestelemään aikataulujani aivan uusiksi. En ole eläissäni kokenut niin kovaa stressin määrää kuin tätä työtä kirjoittaessani.

LÄHTEET

Ahlstén, A. 2012. Leikotoiminta vapauttaa vuodeosasto paikkoja. Pohjanpiiri, 4, 22-23.

Alanko, A., Korttila, K., Lahtinen, J., Nenonen, M., Permi, J. & Punnonen, H. 1999. Päiväkirurgia laajenee - omassa yksikössään vai leikkausosaston sisällä? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 115 (19), 2049-2050.

Bahcmann, M. & Pere, P. 2011. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistaminen. Sisäinen lähde. Hakupäivä 23.1.2013
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00411&p_haku=leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4

Bergman, M. 2010. Syvien laskimotukosten ehkäisy. Sisäinen lähde. Hakupäivä 6.1.2013
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=tht00189&p_haku=antiemboliasukat

Erämies, T. & Kuurne, S. 2012. Preoperatiivinen hoito. Sisäinen lähde. Hakupäivä 6.1.2013
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01710#R2

Haarman, P-L. 1999. Tekijänoikeus & lähioikeudet. Helsinki: Kauppakaari OYJ, Lakimiesliiton Kustannus.

Hamara, T., sairaanhoitaja, Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikkö. 2012. Haastattelu 29.11.2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Tekijän hallussa.

Holma, T., korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri, Oulun yliopistollinen sairaala. 2012. Haastattelu 11.12.2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Tekijän hallussa.

Jalonen, J. & Kokki, H. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2008. Käypähoito: Leikkausta edeltävä arviointi. Sisäinen lähde. Hakupäivä 6.1.2013

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50066&p_haku=leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4%20hoito

Jama, T. 2009. Pulssioksimetria. Sisäinen lähde. Hakupäivä 6.1.2013
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00406&p_haku=kynsilakka

Jokelainen, J. & Karppinen, T. 2012. Tekonivelleikattujen Leiko-potilaiden tyytyväisyyskysely leikkausosastolle. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Järvi, U. 2008. Kotisohvalta suoraan leikkauspöydälle. Suomen lääkärilehti 1-2 (63), 9-11.

Kallio, P., Meretoja, O., Salminen, P. & Arjatsalo, C. 2006. Liikennevalo-ohjaus tehostaa päivystysleikkaustoimintaa ja parantaa henkilökunnan työhyvinvointia. Terveystieteellinen artikkeli. Suomen lääkärilehti 61 (48), 5075-5081.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2002. Projekti- ja - Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Kauppakaari.

Kauppinen, A. & Räsänen, L. 2010. Leikkaukseen kotoa - Leiko-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Opinnäytetyö.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa - potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122 (12), 1412-1413.

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen lääkärilehti 45 (63), 3887-3891.

Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suomen lääkärilehti 61 (36), 3603-3607.

Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko) -potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Suomen lääkärilehti 48 (59), 4739-4743.

Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen lääkärilehti 36 (58), 3559-3563.

Kluger, N. & Koljonen, V. 2012. Lävistyksen - mitä lääkärin tulee tietää? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (13), 1367.

Koivula, M-K. & Savolainen, E-R. 2012. Tromboplastiiniaika, INR-tulostus, plasmasta. Hakupäivä 21.1.2013 http://oyslab.fi/cgi-bin/ohjekirja/tt_show.exe?assay=4520&terms=tt-inr

Lahtinen, S. tehohoidon ja anestesiologian erikoislääkäri, Oulun yliopistollinen sairaala. 2012. Haastattelu 11.12.2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Tekijän hallussa.

Lassila, R. 2010. Laskimotukosten ehkäisy. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Hakupäivä 6.1.2013 http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00149&p_haku=laskimotukoksen%20ehk%C3%A4isy

Lassila, R., Armstrong, E., Halinen, M., Albäck, A., Asmundela, H., Backman, J., Groundstroem, K., Joutsu-Korhonen, L., Kalliokoski, A., Kastarinen, H., Niemi, T., Peltonen, S., Peura, P., Puhakka, J., Rossinen, J., Tatlisumak, T. & Väänänen, H. 2011. Uusien antikoagulanttien hallittu käyttöönotto. Suomen lääkärilehti 38 (66), 2760.

Lehto, J. & Lehtonen, S. 2012. Potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.

Liikamaa, P. 2005. Hyvinkäällä tullaan leikkaukseen suoraan kotoa. Hakupäivä 1.11.2012 <http://dialogi.stakes.fi/NR/rdonlyres/BBCB5211-8404-49B0-BCDF-5207AEB2232C/0/dialogi20051.pdf>

Muhola, T., jonohoitaja, Oulun yliopistollinen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikkö. 2012. Haastattelu 11.12.2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Tekijän hallussa

Munro, J., Booth, A. & Nicholl, J. 1997. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. Hakupäivä 6.1.2013 <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon112.pdf>

Nuutinen, J. 2011. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Helsinki: Unigrafia Oy.

Oja, M., leikohoitaja, Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikkö. 2012. Haastattelu 28.11.2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Tekijän hallussa

Paavilainen, N. & Pöntinen, R. 2012. Leiko-potilaiden kokemukset leikkausta edeltävästä ohjauksesta ja leikkaukseen valmistautumisesta. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit. Hakupäivä 6.1.2013. http://www.ppsHP.fi/korva_nena_kurkkutaudit

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa: suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 6. tarkistettu painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Sairaanhoitajaliitto. 2013. Hakupäivä 6.1.2013
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/

Silfvenberg, P. 2007. Ideasta projektiksi, projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Edita.

Sjöroos, J. & Takala, H-M. 2012. Leiko-toiminnan vaikutuksia leikkauspotilaan hoitotyöhön. Spirium 47 (2), 22-23.

Soini, E., Keränen, J., Ryyänen, O-P. & Keränen, U. 2007. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) -toimintamalli on hyödyllinen. -Tapahtumaperusteinen kustannus-utiliteetti-, kustannus-

vaikuttavuus- ja riskihyötyanalyysi. Terveystaloustiede. Hakupäivä 25.9.2012
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T2-2007-VERKKO.pdf>.

Soini, E., Keränen, J., Ryyänänen, O-P. & Keränen, U. 2006. Economic evaluation comparing from home to operation and conventional process of laparoscopic cholecystectomy: prospective randomized controlled trial. Hakupäivä 6.1.2013
http://www.ispor.org/research_pdfs/20/pdf/PSU2.pdf.

Soppela, S., sairaanhoitaja, Oulun yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikkö. 2012. Haastattelu 28.11.2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Tekijän hallussa

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hoitoonpääsy (hoitotakuu). Hakupäivä 6.1.2013
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy.

Tanner, J., Woodings, D. & Moncaster, K. 2006. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Hakupäivä 6.1.2013 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625596>

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326.

Terveysportti. 2010. CHA2DS2VASc ja HAS-BLED -pisteytys. Hakupäivä 6.1.2013
http://terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=pgr00058&p_haku=cha2ds2vasc.

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa?. Finnanest 43 (4), 310-311.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Viranta, S. 2010. Keuhkovaltimotukos eli keuhkoembolia. Hakupäivä 6.1.2013
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00041&p_haku=antiemboli
asukat

Wiio, O. & Puska, P. 1993. Terveystieteen opas. Keuruu: Otava.

Yli-Hauta, E. 2011. Potilaiden tyytyväisyys Leiko-toimintaan Rauman aluesairaalassa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opin-
näytetyö.

TEHTÄVÄLUETTELO

Laatija: Anna-Tuulia Hailuoto

Päiväys: 8.1.2013

Projekti: Pään- ja kaulan alueen LEIKO -potilaille preoperatiivinen ohje

| Nro | Tehtävän nimi | Ajankohta | Käytetty aika | Vastuu/ suorittaja |
|-----------|--|------------------|---------------|--------------------|
| 1. | Projektin ideointi | kesä 2012 | 11 tuntia | Anna-Tuulia |
| 1.1 | Aiheen valinta ja yhteydenotot OYS:siin | kesä 2012 | 7 tuntia | Anna-Tuulia |
| 1.2 | Aiheen esittäminen ohjaaville opettajille | syksy 2012 | 1 tuntia | Anna-Tuulia |
| 1.3 | Ideointiseminaari | kevät 2010 | 3 tuntia | Anna-Tuulia |
| 2. | Projektin suunnittelu | 8/2012 | 88 tuntia | Anna-Tuulia |
| 2.1 | Projekti suunnitelman laadinta | 8/2012 | 60 tuntia | Anna-Tuulia |
| 2.2 | Projekti suunnitelman esityksen laadinta ja esitys | 12/2012 | 7 tuntia | Anna-Tuulia |
| 2.3 | Ohjaus opettajien kanssa | 10/2012 | 1 tunti | Anna-Tuulia |
| 2.4 | Kirjallisuuden hankinta | syksy 2012 | 20 tuntia | Anna-Tuulia |
| 3. | Aiheeseen perehtyminen | syksy 2012 | 106 tuntia | Anna-Tuulia |
| 3.1 | Lähteisiin tutustuminen | syksy/2012 | 40 tuntia | Anna-Tuulia |
| 3.2 | Kokous tuotteen lopullisesta ulkoasusta yhteistyökumppaneiden kanssa ja sen valmistelemine | 10/2012 | 8 tuntia | Anna-Tuulia |
| 3.3 | Ohjaus opettajien kanssa | 10/2012 | 2 tuntia | Anna-Tuulia |
| 3.4 | Valmistavan seminaarin suunnittelu | 9-11/2012 | 50 tuntia | Anna-Tuulia |
| 3.5 | Valmistavan seminaarin esitys ja sen laadinta | 1/2011 | 6 tuntia | Anna-Tuulia |
| 4. | Oppaan laadinta | syksy/2012 | 57 tuntia | Anna-Tuulia |
| 4.1 | Sisällön laadinta | 11-12/2012 | 25 tuntia | Anna-Tuulia |
| 4.2 | Oppaan suunnittelu | syksy 2012 | 13 tuntia | Anna-Tuulia |
| 4.3 | Ohjaustapaamiset OYS:ssä | syksy 2012 | 6 tuntia | Anna-Tuulia |
| 4.4 | Yhteydenotot OYS:siin | syksy 2012 | 5 tuntia | Anna-Tuulia |
| 4.5 | Oppaan esittely OYS:ssä | 12/2012 | 1 tunti | Anna-Tuulia |
| 4.6 | Oppaan valmistuminen | 12/2012 | 7 tuntia | Anna-Tuulia |
| 5. | Projektin päättäminen | 2/2013 | 143 tuntia | Anna-Tuulia |
| 5.1 | Loppuraportin laadinta | 12/2012 - 1/2013 | 133 tuntia | Anna-Tuulia |
| 5.2 | Opinnäytetyön esittäminen | 1/2013 | 10 tuntia | Anna-Tuulia |